245 4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

DE L'IMPALUDISME

DANS SES RAPPORTS

AVEC LES LÉSIONS TRAUMATIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert MORIEZ

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

Lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier
Concours pour l'école pratique (premier Élève) 1873
Concours d'anatomie et physiologie (Mention honorable) 1873
Concours de Médecine (Prix) 1874
Aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

Is recte curat quem causæ origo non fallit.
(*Celse*).



PARIS
MOQUET, IMPRIMEUR
11, RUE DES FOSSÉS-SAINT-JACQUES, 11.

1876

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen: M. VULPIAN.

Professeurs, MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BECLARD
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales . . .	CHAUFFARD
Pathologie médicale.	AXENFELD. POTAIN.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRELAT
Anatomie pathologique.	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils.	LE FORT
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie . .	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale . .	VULPIAN
Clinique médicale	N... G. SÉE. LASÈGUE. HARDY.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN BROCA. VERNEUIL,
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honoraires,

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. ANGER	MM. DAMASCHINO	MM. GARIEL	MM. LE DENTU
BERGERON	DELENS	GAUTIER	NICAISE
BLUM	DE SEYNES	GUENIOT	OLLIVIER
BOUCHARD	DUGUET	HAYEM	RIGAL
BOUCHARDAT	DUVAL	LANCEREAUX	TERRIER
BROUARDEL	FARABEUF	LANNELONGUE	
CHARPENTIER	FERNET	LECORCHÉ	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N...
— des maladies des enfants	BLACHEZ
— des maladies mentales et nerveuses	BALL.
— d'ophthalmologie.	PANAS.
— des maladies des voies urinaires	GUYON.
Chef des travaux anatomiques , ...	MARC SÉE.

Le Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

L'ABBÉ FRANÇOIS MORIEZ

Chevalier de l'ordre des Saints Maurice et Lazare.

A MES MAITRES

A mon Président de Thèse,

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

A MES EXCELLENTS AMIS.

DOCTEUR BALESTRE

Professeur agrégé de la Faculté de Montpellier.

CHIAÏS

Ex-aide d'anatomie, interne des hôpitaux.

PAUL FRANÇOIS

INTRODUCTION.



« Quel que soit le point envahi par un acte pathologique quelconque, quelque resserré que soit l'espace sur lequel son évolution s'accomplit, quelque légers que soient les symptômes qui en trahissent la présence, une affection préexistante, profite presque toujours de cette issue pour cesser d'être latente, se manifester au dehors et former, sinon la nature même de l'état morbide, du moins, une de ses plus graves complications. » (Courty) (1).

Dans la préface de son VII[e] livre, Celse (2) trace avec une élégante concision le portrait du chirurgien, et son tableau, souvent reproduit depuis, serait tout à fait ressemblant s'il n'y manquait un des traits principaux : c'est que le chirurgien doit être médecin avant tout. En réalité, le portrait de Celse ne met en relief que ce qu'on voit communément dans le chirurgien, l'opérateur ; et son modèle semble vraiment consacrer cette division funeste de l'art de guérir qui, commencée avec Hippocrate, interdisant l'opération de la taille à ses élèves, devait en se continuant à travers le moyen âge avec les trop fameuses querelles de la confrérie de St-Côme et de la Barberie, arrêter si longtemps en France l'essor de la chirurgie.

(1) Courty. Traité des maladies de l'utérus. Paris. 2[e] édit. 1872, p. 689.
(2) Celse. *Dé re medica.*

On pourrait cependant retrouver déjà à une époque éloignée de la nôtre, plus d'un chirurgien qui réalisait le type du *médecin opérant* de Sabatier. Guy de Chauliac, le père de la chirurgie française, « avait l'instinct plutôt que la science des *indications opératoires;* il l'avait reçu à Montpellier de son maître Raymond Molières, dont il aimait à rappeler souvent cette pensée vraie : c'est que toutes choses ne conviennent pas à tous, mais certaines à certains (1). » Mais si les grands noms qui ont illustré la chirurgie française depuis le XV[e] siècle, si Guy de Chauliac, Ambroise Paré, J. L. Petit et quelques autres, se sont placés par leur génie à l'abri du reproche que nous adressons au chirurgien de Celse, il faut bien reconnaître que le plus grand nombre n'y a pas échappé, et que jusqu'au siècle dernier il y a eu beaucoup d'opérateurs plus ou moins habiles, et bien peu de chirurgiens.

Une révolution mémorable s'opéra dans la chirurgie française dans la seconde moitié du XVIII[e] siècle. En 1731, Lapeyronie faisait décréter la création de l'Académie de chirurgie, et de cette époque date on peut le dire une ère nouvelle. Aussi Dumas écrivait déjà, soixante ans plus tard, les lignes suivantes qui nous paraissent curieuses au point de vue historique : « Circonscrite dans les bornes de ses procédés opératoires, la chirurgie était bien éloignée de sentir tout le prix des connaissances médicales : il fallait qu'elle atteignît le degré de perfection où elle est parvenue dans ces derniers temps, pour apercevoir que les faits de la médecine lui appartiennent et que la doctrine de cette dernière lui est commune. Il importe donc que le chirurgien ne soit pas simplement opérateur, qu'il se laisse diriger par les observations et les préceptes du médecin, qu'il unisse des vues saines sur le mécanisme de son

(1) Conférences historiques faites à la Faculté de Paris, p. 200. — 1866.

art à des idées exactes sur le traitement des maladies, et que sa main n'exécute rien dont son esprit ne puisse entrevoir les suites. Il doit se rappeler que le résultat de ses opérations, dans chaque individu, est subordonné à l'influence des causes maladives qui le menacent. Il doit tâcher d'assurer le succès des unes en écartant et dissipant les autres, et ne reconnaître des méthodes curatives avantageuses pour les maladies externes, que celles qui s'accommodent également aux affections plus cachées dont elles se compliquent (1).

Si nous avons cité tout au long ce passage; c'est qu'il est d'actualité pour ainsi dire. Il peint bien les *desiderata* que la chirurgie essaye de combler en ce moment, et il montre que ce n'est pas d'hier seulement, mais depuis assez longtemps, que l'on cherche à résoudre ce grand problème : de l'influence des affections médicales sur la marche des plaies et des opérations chirurgicales.

En fait, on retrouve dans ces lignes de Dumas les grands principes acquis définitivement à la médecine dans toutes les écoles : ce n'est pas la *maladie,* mais le *malade* qui doit préoccuper le chirurgien comme le médecin, et la lésion n'est rien au point de vue pratique, si on ne connaît le terrain sur lequel elle évolue.

Ces grands principes de pathologie générale avaient été oubliés au moment où l'anatomie pathologique réalisant d'immenses progrès, une école restée célèbre affirmait qu'il importait avant tout de connaître le *siége du mal,* afin de pouvoir *panser l'organe malade.* On retrouve cependant dans quelques travaux déjà anciens, cette préoccupation de l'influence de l'état général sur l'état local au point de vue de la chirurgie ; à Montpellier surtout, où la tradition hip-

(1) C. L. Dumas. Dissertation sur la nature et le traitement des fièvres rémittentes qui compliquent les grandes plaies et qui peuvent être assimilées aux fièvres intermittentes ou rémittentes pernicieuses. In. Mém. de la Société médicale d'émulation de Paris. 4e année, an VIII.

pocratique a toujours porté les esprits aux études de pathologie générale, on n'a cessé de signaler cette influence, et ce qui montre bien le cas qu'on en faisait, son étude a plus d'une fois été imposée aux concours pour l'agrégation.

Déjà, en 1816, Delpech (1) écrivait : « Quelle est la maladie réputée chirurgicale qui ne se trouve pas nécessairement unie à quelque désordre général? Dans combien de cas n'est-elle pas un simple symptôme d'une affection qui intéresse toute la constitution? »

En 1839, Alquié (2) dit expressément : « Les affections morbides portent à la constitution une atteinte profonde qui modifie le caractère des maladies chirurgicales et les rend plus fâcheuses que chez ceux d'une bonne constitution... Ainsi les plaies, les blessures prendront souvent le cachet propre à cette affection. »

Trois ans plus tard, Chrestien (3) expose les mêmes principes, passe en revue l'action des affections générales sur la marche des maladies chirurgicales, et signale les indications qui en découlent au point de vue pratique.

On retrouve du reste cette doctrine dans tous les ouvrages sortis de l'école de Montpellier, et nulle part peut-être elle n'est mieux affirmée que dans le livre de M. Courty (4) sur les maladies de l'utérus; le passage que nous avons cité en tête de cet essai historique nous paraît exposer clairement la part qu'il faut faire aux maladies générales dans l'étude d'une lésion locale.

(1) Delpech. Des maladies réputées chirurgicales, Paris 1816. Discours préliminaire. p. X.

(2) Alquié. De l'influence des constitutions, des tempéraments et des diathèses, sur le caractère et le traitement des maladies chirurgicales. Th. d'agrég. Montpellier, 1839, p. 13.

(3) Chrestien. Des maladies chirurgicales endémiques. Thèse d'agrég. Montpellier 1842.

(4) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, Paris 1872.

A Paris, jusqu'à une époque plus récente, cette question paraît avoir moins préoccupé les esprits; mais, comme nous le verrons bientôt, elle n'a rien perdu à attendre. Voyons d'abord ce qui a été fait avant ces dernières années. Le seul ouvrage où la question soit franchement posée est la thèse de Boyer. Nous y retrouvons la même doctrine :

« Comme point de départ d'un grand nombre de lésions qui sont essentiellement de son ressort, comme influences susceptibles de modifier la marche des affections chirurgicales, comme éléments de diagnostic et de pronostic, comme sources d'indications et souvent de contre-indications positives, les diathèses occupent une place immense en chirurgie comme en médecine, et prouvent évidemment que les deux branches de l'art de guérir sont inséparables et que toutes deux ont besoin de s'élever aux mêmes conceptions.

« Je me bornerai à rappeler que la chirurgie n'est pas tout entière dans les altérations locales et leur traitement direct; que dans aucun cas le chirurgien ne doit faire abstraction de l'état général du malade, et que l'étude des diathèses, sous une foule de points, mérite au plus haut degré de fixer son attention (1). »

Ces lignes sont d'autant plus remarquables, que Boyer ne prend pas le mot diathèse dans l'acception restreinte de certains auteurs; il en admet un grand nombre, de telle sorte que ce qu'il dit des diathèses, doit s'entendre de toutes les affections générales diathésiques ou non.

Dix ans plus tard Racle, examinant l'influence réciproque des diathèses et des maladies intercurrentes, écrivait : « Une affection traumatique survenant dans le cours d'une diathèse, est souvent influencée en mal par celle-ci. Une plaie de cause

(1) Boyer. Des diathèses au point de vue chirurgical. Th. d'agrég. Paris 1847, p. 92.

externe ou une contusion chez un syphilitique, un scrofuleux guérissent mal, lentement, il y a tendance à une longue suppuration, à l'aliénation. C'est chez les scorbutiques, les syphilitiques qu'on a observé surtout le défaut de consolidation des fractures, les opérations chirurgicales réussissent mal chez eux, les plaies prennent un mauvais caractère et traînent en longueur. Aussi faut-il diminuer d'autant la responsabilité du chirurgien, dans les cas de succès incomplet des opérations pratiquées dans ces conditions. » (1) On voit que Racle considère déjà la question à un point de vue plus pratique que ceux qui ont écrit avant lui; on doit lui savoir gré d'avoir essayé de signaler l'influence spéciale de chaque diathèse sur les lésions traumatiques. Jusqu'ici nous n'avons eu que des généralités; voici enfin une application utile, mais combien cela est encore vague et peu précis ! On est frappé, en effet, de ce manque absolu de détails *dont vit pourtant la pratique*, qui ressort des divers travaux que nous venons de passer en revue. On dit bien que les affections générales jouent un grand rôle en chirurgie; mais, quel est ce rôle et diffère-t-il pour chaque affection particulière ? Quelles indications fournit-il au praticien ? Voilà ce qu'on n'essaye de préciser nulle part. On donne bien, en un mot, le titre de l'œuvre et on y ajoute quelques développements, mais l'œuvre elle-même n'est pas traitée. C'est cependant là une bien grave question et qui vaut assurément la peine qu'on s'y arrête.

C'est dans ces dix dernières années qu'elle est entrée dans une période scientifique et que l'étude isolée de chaque affection générale, au point de vue chirurgical, a été entreprise. Et cette révolution est due à M. le professeur Verneuil, qui s'est imposé la tâche de travailler sans relâche à l'édifi-

(1) Racle. Des Diathèses. Thèse d'agrégation. Paris 1857, p. 52.

cation de « ce monument que le XIXe siècle doit élever à la science et à l'art chirurgical (1). »

On peut dire, en effet, que la question est entrée dans une voie nouvelle le jour où M. Verneuil l'a posée nettement au Congrès médical de 1867, pendant la discussion des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales; il a montré combien les notions acquises jusqu'à ce jour étaient insuffisantes, et combien cependant il importait qu'on s'en occupât. « La science actuelle, y disait-il, ne possède que des données vagues, approximatives, incertaines quand elles ne sont pas erronées..... Quand elles sont exactes, ces données manquent encore de cette précision que fournit la méthode numérique habilement et loyalement maniée (2). »

En finissant sa communication, M. Verneuil s'engageait à démontrer : « Que les états généraux anciens et récents, diathésiques, héréditaires ou acquis, dominent de haut le pronostic des opérations chirurgicales et constituent la somme la plus riche peut être des indications et des contre-indications opératoires (1). » On sait s'il a tenu parole : dix ans ne se sont pas encore écoulés depuis, et déjà le terrain est presque complétement déblayé; le progrès accompli dans cette voie est immense, et cela grâce à l'impulsion féconde du maître qui a inspiré une série de travaux dont l'ensemble pourra servir à tracer l'histoire complète des rapports qui existent entre les lésions traumatiques et les maladies générales : nous nous contenterons de les rappeler sommairement.

CLIPET. — Des rapports des lésions traumatiques avec les maladies générales. Thèse de Paris, 1867.

(1) Verneuil. Congrès médical international de Paris, 1867. p. 293.
(2) *Loc. cit.* p. 283.
(3) Verneuil. *Loc. cit.* page 293.

DÉRIAUD. — De l'impaludisme et du traumatisme. Thèse de Paris, 1868.

PÉRONNE. — De l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme. Thèse de Paris, 1870.

EUG.-PETIT. — De la grossesse dans ses rapports avec le traumatisme. Thèse de Paris, 1870.

LÉOTY. — Des plaies chez les diabétiques. Thèse de Paris, 1873.

H. PETIT. — De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme. Thèse de Paris, 1875.

MOUNIER-LOMPRÉ. — De la goutte dans ses rapports avec les lésions traumatiques. Thèse de Paris, 1876.

De tous ces travaux, un des premiers en date, est celui de Dériaud, sur l'impaludisme : nous entreprenons aujourd'hui de traiter le même sujet; les faits recueillis depuis nous permettront peut être d'envisager la question d'une manière plus complète. Nous avons revu, avec soin la bibliographie, éliminé toutes les observations où l'intermittence en avait imposé pour de l'impaludisme, recueilli toutes celles qui avaient échappé à Dériaud, et ajouté celles que nous avons prises nous-même, dans le service de M. le professeur Verneuil. En un mot, nous avons rassemblé ce qui était épars, et tenté de réunir en corps de doctrine des notions disséminées dans divers écrits. Nous espérons donc que notre travail ne fera pas double emploi avec celui que nous venons de citer.

Nous n'avons pas la prétention, du reste, d'avoir comblé toutes les lacunes; une étude aussi importante est, avant tout, l'œuvre du temps, et, en outre, elle exige une expérience que nous n'avons pas, et un milieu plus propice que celui dans lequel nous écrivons. A Paris, en effet, les fièvres intermittentes sont très-rares, et si les chirurgiens, habitant les pays à fièvres, nous reprochaient d'être incomplet, nous pourrions, modifiant légèrement le mot célèbre de

Baglivi, leur répondre, pour notre excuse : *Scribo hæc in aere Lutetiano.*

Nous sommes persuadé que, placer notre travail sous le haut patronage de M. Verneuil, c'est attirer sur lui, du même coup, l'attention spéciale de nos juges ; aussi, serions-nous heureux qu'il ne fît point tache dans l'œuvre commune si bien commencée par ses élèves, et qu'il puisse concourir, pour sa faible part, à la démonstration de cette grande vérité : Le chirurgien ne doit pas se contenter de connaître les lésions et les procédés opératoires qui leur conviennent, il doit, avant tout, étudier *le malade* et les indications fournies par son état général.

Que M. le professeur Verneuil reçoive ici le témoignage de notre profonde reconnaissance pour les savantes leçons que nous avons reçues de lui, et pour la bienveillance avec laquelle il nous a aidé dans notre tâche. Notre but sera atteint, si, dans ce travail, nous sommes parvenu à lui montrer que ses doctrines sont restées profondément gravées dans notre esprit.

DE L'IMPALUDISME

DANS SES RAPPORTS

AVEC LES LÉSIONS CHIRURGICALES.

« Les campagnards supportent bien les opérations, c'est un point acquis, mais cette immunité existe-t-elle dans les régions où règne endémiquement l'intoxication palustre ? Sauve-t-on en même proportion les paysans robustes de la Brie ou de la Beauce et les malheureux métayers de la Bresse ou de la Sologne ? » Verneuil. (1)

Dans l'essai historique qui précède, nous avons montré que si l'influence des affections générales sur le traumatisme était signalée depuis longtemps, c'était d'une façon vague et peu pratique. Cela est vrai, surtout pour l'impaludisme. Dans les travaux même qui essayent de sortir des généralités, et qui passent en revue les diverses affections, l'impaludisme est complétement oublié. Cela tient, selon nous, à deux causes. La première, c'est que l'impaludisme n'a jamais été si mal connu qu'au commencement de ce siècle, c'est-à-dire au moment même où la chirurgie entrait dans la voie où elle est aujourd'hui. La seconde, c'est que, dans cette étude, les diathèses ont longtemps eu seules le privilége d'une mention spéciale, et que l'impaludisme n'était pas considéré comme une diathèse.

(1) Verneuil. Congrès médical international de 1867, p. 290.

Il semble singulier que l'impaludisme ait été moins bien connu au commencement de ce siècle que dans les siècles précédents : rien n'est, cependant, plus exact. Mentionnées d'abord par Hippocrate (1), puis décrites par les auteurs arabes, les fièvres intermittentes avaient été étudiées d'une façon méthodique à dater du XVIe : il suffit de citer Lancisi, Torti, Hoffmann, Baglivi, Morton, Werloff, Sénac, Starck, pour rappeler des travaux qui ne sont pas près d'être oubliés. Mais sous ces observateurs l'histoire des maladies paludéennes était plus avancée, dit Trousseau, qu'il y a vingt-cinq ans. « Pinel et Broussais avaient arraché cette grande page de la nosologie ; depuis quelques années elle y a été replacée, et nous le devons surtout à notre conquête d'Afrique (2). » C'est, en effet, aux médecins militaires qu'est due cette réédification, et les travaux de Boudin, Nepple, Maillot, Haspel, Laveran, Frison, Jacquot, Catteloup, Colin, pour ne citer que les plus connus, occupent une place glorieuse dans cette pyrétologie spéciale. Quoi d'étonnant, dès lors, que l'étude de l impaludisme, au point de vue chirurgical, soit elle-même de date toute récente ?

D'un autre côté, l'impaludisme a longtemps été exclu du groupe d'affections générales, justifié par leur réaction sur la lésion traumatique ; c'est que l'étude des fièvres proprement dites, de leur type, absorbait à son profit le point de vue étiologique, et si l'histoire des fièvres intermittentes était faite, celle de l'impaludisme ne l'était pas.

Aujourd'hui, des maladies, disparates par leur symptomatologie, sont réunies d'après leur étiologie commune, et on les appelle maladies palustres. Il y aurait même un pas de plus à faire dans cette marche vers la généralisation, et l'on devrait réunir sous la dénomination plus large d'*intoxica-*

(1) Hippocrate. OEuvres complètes, trad. Littré. tome II. Des airs, des eaux et des lieux. Paris 1840, pages 27-89.

(2) Trousseau. Traité de thérapeutique, t. II, p. 585.

tion tellurique (1), tous les accidents que l'on rattache à l'impaludisme, bien que *le marais* ne joue aucun rôle dans leur étiologie. Il est, en effet, assez généralement admis maintenant que les fièvres dites *a malaria*, ne sont dues exclusivement ni aux produits de putréfaction organique (2), ni à une végétation spéciale (3), ni à des organismes inférieurs (4), ni à des palmelles (5), mais qu'elles se développent partout où certaines conditions de température agissent sur un sol dont la puissance végétative n'a pas été encore en action depuis longtemps (6). C'est ce qui fait qu'on en observe quelquefois dans des pays où l'on chercherait vainement des marais ou même des nappes d'eau souterraines.

Quoi qu'il en soit, un fait est définitivement acquis, c'est que l'impaludisme est une intoxication devant prendre place parmi les maladies générales, au même titre que l'alcoolisme, la syphilis, et pouvant se traduire par une foule d'accidents protéiformes. Ces accidents sont, le plus souvent, intermittents et périodiques, mais cela n'est nullement nécessaire, et ces caractères font souvent défaut. Que nous sommes loin des fièvres intermittentes et de leurs types, prévus avec une exactitude presque mathématique !

L'étude de l'impaludisme, à ce point de vue général, est même déjà bien avancée ; on connaît les lésions viscérales qui lui sont propres, celles du foie et de la rate ont déjà été l'objet d'importants travaux ; celles des poumons ont été étudiées récemment par M. Grasset (7), et on n'hésite pas à

(1) Colin. Traité des fièvres intermittentes, Paris, 1870, p. 22.

(2) Lancisi 1717. — Môlier, 1847.

(3) Boudin 1842.

(4) Kircher. — Lemaire. — Becchi.

(5) Salisbury, 1866.

(6) Colin, *loc. cit.*

(7) Grasset. Etude clinique des affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéenne. — Thèses de Montpellier 1873.

rattacher les manifestations diverses par lesquelles il se traduit à la cause qui les a produites. C'est ainsi qu'on a cité des désordres du système nerveux dus à l'impaludisme : des névralgies, des névroses, des hémiplégies même (1). C'est ainsi que des fluxions, des inflammations, des hémorrhagies, ont pu être rapportées à la même cause. Il n'est pas jusqu'aux manifestations les plus locales, qui ne puissent être dues à l'impaludisme; Pinel, dans l'ancien *Journal de Médecine*, a relaté un cas de coryza paludéen (2).

Est-ce à dire que l'impaludisme doive être considéré comme une diathèse? Trousseau le croyait (3), mais l'assentiment sur ce point est loin d'être unanime. Les divergences d'opinions nous paraissent provenir de ce que tous les auteurs ne définissent pas la diathèse de la même façon. Il n'est que de s'entendre! Si on voulait admettre avec Jaumes (4), que le caractère diathésique n'est pas une qualité forcée d'une affection; mais une qualité surajoutée dans certains cas seulement à cette affection, nous ne voyons pas ce qui empêcherait de regarder l'impaludisme comme une diathèse. Certains caractères des maladies, généralement reconnues comme diathésiques, lui manquent assurément; mais des faits curieux de transmission par contagion, rapportés par Berenguier (5), et l'assentiment unanime des auteurs sur ce fait, que la mère peut transmettre les fièvres pendant la grossesse à son enfant, militeraient en faveur de cette opinion.

Dutroulau (6) défend l'opinion de Trousseau, et ses argu-

(1) Grasset. Des diverses manifestations hémiplégiques de l'intoxication paludéenne. In Montpellier-Médical, avril 1876. p. 311.

(2) Desaivre. Thèses de Paris. 1865, page 52.

(3) Trousseau. Clinique médic. tome II, p. 449.

(4) Jaumes. Traité de Pathologie générale, Paris. 1867. p. 154.

(5) Bérenguier. Traité des fièvres intermittentes, 1855, page 64.

(6) Dutroulau. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, Paris, 1868, page 237.

ments nous paraissent parfaitement fondés : « Dans la nature essentielle de la maladie, il y a au-dessus de la forme exprimée par les diverses espèces de fièvre, un fond pathologique qui n'est pas seulement une aptitude, une disposition particulière à produire la fièvre, quoiqu'il s'aide souvent de l'habitude, mais bien aussi une force, un état indépendant qui peut donner lieu à diverses phénoménisations morbides sans le secours de la cause primitive, c'est-à-dire, sans une diathèse. Chomel (1) rejetait de la classe des diathèses les intoxications virulente et infectieuse, et l'on doit le faire, dit Racle qui partage cette opinion, parce qu'elles guérissent en général sans laisser de trace. Mais si ces caractères différentiels sont applicables à beaucoup d'espèces d'intoxications, on les rechercherait en vain dans l'intoxication palustre, dont les longues incubations prouvent la latence, dont les nombreuses récidives, hors des atteintes de la cause première mesurent la longue évolution, et dont une cachexie particulière est la suite souvent fort longue, plus souvent encore incurable. Avec plusieurs auteurs modernes qui admettent les intoxications parmi les maladies diathésiques, en en faisant un genre spécial, je crois qu'on peut regarder l'intoxication palustre confirmée comme une diathèse, c'est-à-dire comme une maladie *totius substantiæ* de cause acquise, caractérisée par l'altération du sang, ayant une marche à récidives et attaques séparées, se terminant par un état cachectique. Les manifestations récentes, consistant presque toujours dans l'accès intermittent régulier sont, un effet direct de la cause miasmatique, ses manifestations éloignées ou graves sont liées à la diathèse. »

En fait, l'impaludisme crée bien dans la majorité des cas, un *tempérament morbide* qui imprime son cachet à tous les actes de l'organisme soumis à son influence. A ce titre,

(1) Chomel. Pathologie générale, 1867, p. 87.

il occupe une place importante parmi les affections générales dont on étudie l'influence en chirurgie.

Hâtons-nous de dire, du reste, que si aucun travail d'ensemble n'a encore été fait à ce sujet, ce ne sont pas les indications isolées qui manquent.

Dumas (1) est à notre connaissance le premier qui ait touché à la question, mais après avoir lu son mémoire, nous demeurons convaincu que les accidents qu'il décrit, ne peuvent pas être imputés à l'impaludisme.

Les observations publiées dans le *Mémorial des hôpitaux du Midi*, nous paraissent au contraire parfaitement concluantes : les principaux accidents des plaies dus à l'impaludisme, y sont déjà signalés ; tels sont les cas d'hémorrhagie (2), de fièvre (3), de névralgie rapportés par Delpech et Lafount-Gouzi.

Dans l'article *Intermittence*, du Dictionnaire en 30, Littré cite des observations de Griffin (4), de Simon de Hambourg, de Nelet (5) se rapportant toutes à des fièvres intermittentes symptomatiques, survenues à l'occasion d'une lésion locale, mais comme mémoire seulement, et il ajoute : « La pathologie de ces fièvres intermittentes symptomatiques est un objet presque neuf et sur lequel il y a beaucoup de recherches à faire. »

Plus tard, Bouisson (6) faisait des hémorrhagies intermittentes des opérés, l'objet d'un travail spécial.

Mais le premier auteur qui ait abordé franchement la question, c'est Coccud, qui dans un important mémoire (7),

(1) Dumas. *Loc, cit,*

(2) Delpech. Mémorial des Hôp. du Midi, 1829, t. I, p. 326.

(3) Lafount-Gouzi. Memorial des Hôp. du Midi, p. 332.

(4) Griffin. The London Medical Gazette, vol. XIX, p. 104, (1836-37).

(5) Nelet. Dissertation sur la fièvre intermittente, Paris 1833.

(6) Bouisson. Tribut à la chirurgie. Montpellier, 1839, t. I, p. 101.

(7) Coccud. Recueil de Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, tome XVII, 1866.

a rapporté un certain nombre d'observations où l'on voit l'impaludisme produire chez des blessés, tantôt la fièvre, tantôt la congestion, tantôt l'inflammation, tantôt la douleur. Il appartenait à un médecin militaire d'étudier une question qui intéresse à un si haut point l'armée, puisque la diathèse paludéenne s'est rencontrée depuis un demi-siècle dans tous les pays où ont été appelés nos soldats : en Grèce, en Algérie, à Rome, en Crimée, en Lombardie, en Syrie, en Chine, en Cochinchine, au Mexique.

Duboué de Pau, dans son Traité de l'impaludisme (1), publiait l'année suivante quelques observations de fièvre, d'hémorrhagie, de douleur de nature palustre venant compliquer le traumatisme.

Enfin Dériaud (2), a réuni ces observations, en a ajouté quelques-unes et a le premier tenté un travail d'ensemble.

S'il nous était permis de faire à tous ces auteurs un reproche général, nous dirions qu'ils ne se sont pas assez tenus en garde contre une tendance qu'on retrouve partout à mettre sur le compte de l'impaludisme, tous les accidents intermittentes qui peuvent compliquer les plaies.

Nous avons dit déjà que l'impaludisme peut se traduire par des accidents non intermittents; il nous serait facile de montrer que réciproquement des accidents intermittents peuvent se développer en dehors de l'impaludisme : de telle sorte, que l'intermittence n'est pas plus l'attribut exclusif de l'impaludisme, que les coliques ne sont celui de l'intoxication saturnine. Qui ne sait, en effet, que les maladies du système nerveux se traduisent le plus souvent par des phénomènes intermittents. Sur 22 observations de douleurs ressenties dans un foyer traumatique, affectant le caractère

(1) Duboué de Pau. De l'impaludisme. Paris, 1867, p. 112 *et passim*.
(2) Dériaud. Th. Paris, 1868.

névralgique et le type intermittent, M. Verneuil (1) ne cite que deux cas où l'impaludisme était évident.

Qui ne connaît aussi les accidents intermittents qui accompagnent les affections des voies urinaires, et en particulier les accès de fièvre qui suivent souvent le cathétérisme? On observe parfois l'intermittence dans la symptomatologie de certaines lésions viscérales. « Il est fréquent, dit Charcot (2), de voir des calculs et surtout la gravelle intrahépatique, donner lieu chez les vieillards à des suppurations des voies biliaires. Cette lésion se traduit au dehors par une *fièvre intermittente symptomatique*, dans laquelle le début de chaque accès est marqué par un frisson violent. » A côté des lésions du rein et du foie qui peuvent donner lieu à des phénomènes intermittents, il faut encore citer les lésions de la rate. « Certains auteurs, dit Grasset,(3) ont constaté dans le cours du cancer de la rate de véritables accès de fièvre intermittente, indépendamment de toute cause paludéenne, qui seraient par suite sous la dépendance exclusive de la lésion splénique. Brown a observé des accès de fièvre intermittente « chez un homme de 60 ans, qui vivait dans une région libre de malaria, mais comme le montre l'autopsie, avait un carcinome médullaire de la rate. »

Nous avons observé nous-même récemment, dans le service de M. Verneuil, un homme couché au n° 3 de la petite salle Saint-Louis, qui à la suite d'une contusion dans l'hypochondre gauche avec fracture de côtes, a eu des accès de fièvre intermittente parfaitement caractérisés : cet homme n'avait jamais habité de pays à fièvre et n'avait ja-

(1) Verneuil. Des névralgies traumatiques secondaires précoces. Paris, 1874, page 81.

(2) Charcot. Leçons sur les maladies des vieillards. 2e édition, note de la page 24.

(3) Grasset. Du cancer de la rate, Montpellier, 1874, p. 57.

mais présenté aucun symptôme d'intoxication tellurique. Il n'est pas, jusqu'aux lésions des organes thoraciques qui ne puissent donner lieu à des phénomènes intermittents, comme le prouve la curieuse observation publiée récemment par M. Burdel (de Vierzon) sur un *Calcul des bronches ayant donné lieu à des phénomènes d'intoxication palustre* : l'expulsion de la concrétion bronchique, dans une quinte de toux, mit seule fin aux accès de fièvre contre lesquels le sulfate de quinine avait été inutilement employé.

C'est pour ne pas avoir assez tenu compte de cette distinction importante, qu'on a parfois publié des observations qui nuisent à la cause que nous défendons, bien loin de lui servir. Une autre erreur contre laquelle on ne saurait trop se tenir en garde, est celle qui consiste à mettre au passif de l'impaludisme tous les accidents guéris par le sulfate de quinine, par une application déplacée d'un principe vrai : *naturam morborum ostendunt curationes.* Toutes les névralgies dont M. Verneuil a fait l'histoire, dans son mémoire lu au Congrès de Lille, ont cédé au sulfate de quinine et cependant, nous l'avons déjà fait observer, l'impaludisme n'a été constaté que dans deux cas.

C'est à ce vice de raisonnement qu'il faut attribuer, sans doute, la confusion dans laquelle est tombé Dumas, (1) qui regardait comme analogue aux fièvres décrites par Torti, la fièvre intermittente qui complique les plaies, et contre laquelle la quinine lui avait donné de bons résultats.

Ce sont là des écueils que nous nous efforcerons d'éviter dans notre étude ; nous n'adopterons pas la division des accidents qui compliquent les plaies du fait de l'impaludisme, en intermittents et non intermittents ; ce caractère ne nous paraît pas assez absolu pour légitimer une division : nous préférons prendre successivement les divers accidents qui suivent

(1) Dumas. *Loc. cit.*

un traumatisme, et voir comment l'impaludisme les complique ou les modifie. Nous aurons, par conséquent, à décrire d'abord les accidents généraux de plaies évoluant sur un malade en puissance d'intoxication miasmatique, et parmi eux le plus important, sans contredit : *la fièvre*.

Nous passerons ensuite en revue les accidents locaux, l'hémorrhagie, la névralgie, etc., et le phagédénisme.

Mais ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, à quelque accident qu'on ait affaire, — c'est qu'un malade peut devant le traumatisme, se présenter dans trois conditions diverses :

1° Il n'a jamais eu de manifestation de l'intoxication tellurique, mais il y est actuellement exposé ;

2° Il a eu des accidents, mais il n'en a plus actuellement ;

3° Il est atteint de cachexie palustre.

Pour le premier cas, rien de plus simple : l'organisme avait subi l'influence des miasmes; il n'avait pas encore protesté. Un traumatisme survient : c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase ; la résistance vitale est diminuée par cette lésion imprévue, et les manifestations de l'intoxication miasmatique viennent compliquer, à des degrés divers, les accidents normaux du traumatisme. C'est ce que les observations de Coccud mettent hors de doute; et Mazzoni (1) a signalé ce fait au Congrès médical de 1867 : « Les opérés, y disait-il, n'ont pas seulement à ressentir les mauvais effets de l'intoxication palustre plus ou moins lente, puisqu'il arrive malheureusement de voir après une opération, se développer une *fièvre traumatique pernicieuse d'emblée*.

Bérenguier (2) n'est pas moins explicite : « J'ai souvent

(1) Mazzoni. Congrès médic. international de Paris, 1867; page 298.
(2) Berenguier. Traité des fièvres intermittentes, 1865, p. 62.

vu les opérations chirurgicales les plus simples, devenir le motif occasionnel de la périodicité.

Je l'ai vue survenir chez les fracturés et chez des hommes qui n'étaient arrêtés que par une simple entorse. Elle s'est montrée tout récemment chez une de mes malades convalescente, après une opération de hernie étranglée. C'est que, comme l'a indiqué Dupuytren, la fièvre traumatique a pour effet d'accroître les dispositions maladives que l'organisme peut recéler, et de faire éclater des maladies qui sans elle ne se seraient pas montrées. »

Nulle part, peut-être, ce fait n'est mis mieux en lumière que par Duboué de Pau (2) : « Les causes occasionnelles de l'intoxication palustre, dit-il, sont les privations ou les excès.

« Les *opérations chirurgicales*, la grossesse et surtout l'état puerpéral... Il est facile de comprendre que l'infection palustre puisse se montrer dans certains cas chez des sujets prédisposés et venant de subir une opération chirurgicale. Nous trouvons en effet chez beaucoup d'opérés la plupart des causes occasionnelles déjà énoncées.

« Je suis convaincu qu'un certain nombre d'opérés peuvent être pris d'accidents palustres, succomber même dans quelques cas, si la complication est méconnue. Or elle doit l'être souvent dans les cas où, ne s'arrêtant pas à la forme de la *fièvre intermittente*, l'intoxication palustre vient à s'observer dans un pays sans marécages; car nous avons vu même que, dans ces conditions, la diathèse peut encore se développer. »

On le voit, les auteurs sont d'accord sur ce point : un traumatisme peut occasionner des accès de fièvre chez un individu actuellement soumis à l'action des miasmes. Pour le second cas, le rapport entre l'impaludisme et les complications qu'il apporte au traumatisme paraît moins évident,

(1) Duboué de Pau. De l'impaludisme. Paris 1867. p. 111,

parce que la cause et l'effet peuvent être séparés par un intervalle souvent fort long : un homme a eu jadis des fièvres intermittentes; il n'en a plus depuis longtemps; qu'une lésion traumatique survienne, et des accidents d'origine palustre éclatent. Ceci n'a rien cependant qui doive nous étonner, si nous nous rappelons que l'impaludisme se comporte comme une diathèse.

Que se passe-t-il, en effet, pour les autres diathèses? Ne voyons-nous pas tous les jours la syphilis, qu'on croyait guérie depuis longtemps, troubler la marche d'une lésion traumatique? Et qu'a-t-il fallu pour réveiller cette affection depuis longtemps endormie? Une cause banale, un coup, une légère blessure a suffi. Qu'y a-t-il d'étrange, dès lors que pareille chose ait lieu pour l'impaludisme? Nous avons observé, dans le service de M. Verneuil, un ataxique qui n'avait plus ressenti de douleurs fulgurantes depuis plusieurs années, être repris de ces douleurs sous l'influence d'une opération de varicocèle, douleurs qui n'ont persisté que pendant vingt-quatre heures.

Qu'un traumatisme ramène un accès de fièvre intermittente, cela n'est pas plus étonnant que les observations de Torti, dans lesquelles des fièvres qui semblaient guéries récidivaient sous l'influence d'un purgatif. « Ne sait-on pas, dit Racle, qui rappelle ce fait, que l'on réveille bien des affections latentes par diverses pratiques intempestives? Un bain sulfureux fait apparaître une roséole syphilitique. »

Nous pourrions citer des faits analogues à celui de Racle : il n'est pas rare, d'après le témoignage des médecins les plus autorisés, de voir dans les stations thermales des accès de fièvre survenir sous l'influence du premier bain chez les individus qui ont eu jadis des fièvres intermittentes.

Dans le traumatisme, des conditions spéciales se trouvent encore réunies qui peuvent favoriser les récidives : telle est

la perte de sang qui manque rarement dans une plaie un peu étendue, ou dans l'opération la plus légère. Or, voici ce que nous trouvons dans Borsieri (1) : « L'émission du sang a souvent pour effet, comme l'atteste Sydenham (*Obs. médic.*, sect. I, cap. V), de donner aux fièvres intermittentes le caractère pernicieux, d'en augmenter la durée, etc. Torti s'accorde avec Sydenham. Ramazzini (*Costituzione Epidemica rurali*, ann. 1690, § 90 et 41) a vu la saignée répétée être nuisible, et par suite les fièvres même récidiver. »

Duboué, de Pau (2), a aussi signalé l'influence des émissions sanguines sur le développement des fièvres ou autres affections palustres, et a publié une observation à l'appui.

Quant au troisième cas, l'influence de l'impaludisme, pour être moins souvent révélée par des accidents intermittents, n'est, assurément, pas moins évidente; il s'agit des traumatismes survenant chez des hommes atteints de cachexie palustre ; le malade peut alors se présenter devant la lésion traumatique, soit comme cachectique, soit comme *impaludé*. L'anémie, la mélanémie, l'hypoalbuminose, cortége obligé de cette cachexie spéciale, sont déjà des causes suffisantes pour que la lésion traumatique soit mal supportée ; mais, en outre, elle peut être compliquée par des accidents aigus qui peuvent se développer comme dans le deuxième cas. Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour l'intoxication saturnine chronique; tant que l'équilibre entre l'apport et l'élimination des molécules plombiques existe, il ne se produit pas d'accidents aigus; « mais dès que cet équilibre est rompu, dès qu'une certaine quantité de poison, soit venue du dehors, soit déplacée de la réserve des tissus, vient à repasser dans la masse du sang, on voit se

(1) Borsieri. Instituts de médecine pratique, trad. de Chauffard, p. 257.
(2) Duboué de Pau, *loc. cit.* p. 111.

produire des épiphénomènes aigus, dont le type le plus fréquent est la colique saturnine (1). »

En outre, il ne faut pas perdre de vue que la cachexie palustre s'accompagne toujours de lésions viscérales graves; qu'il nous suffise de rappeler les altérations organiques de la rate, celles du foie, si bien étudiées par Frerichs; celles du rein, qui se compliquent si souvent de néphrite parenchymateuse chronique. Voilà, certes, plus de raisons qu'il n'en faut pour assombrir le pronostic des traumatismes ou des opérations chez ceux qui en sont atteints. Rien, en effet, ne charge plus la mortalité à la suite des opérations, que les lésions viscérales méconnues ou cachées, révélées seulement sur la table d'amphithéâtre. M. Verneuil insiste tous les jours, dans son enseignement clinique, sur la gravité exceptionnelle des opérations dans de pareilles conditions. L'érysipèle pardonne rarement aux opérés dont le foie est cirrhotique ou graisseux, l'urémie emporte presque toujours ceux dont les reins sont altérés. Quoi d'étonnant, dès lors, que les opérations soient graves chez les malades atteints de cachexie palustre, puisque chez eux les lésions viscérales sont si multiples et si avancées? Aussi, dans les pays à fièvre, les opérés perdent-ils le bénéfice du séjour à la campagne. « Dans les Etats romains, disait Mazzoni, notre complication est l'*infection paludéenne* qui entraîne l'appauvrissement du sang, et enlève aux malades les ressources d'une bonne réaction et la vigueur pour supporter les suites des grandes opérations (2). »

En résumé, l'impaludisme peut compliquer les lésions chirurgicales à des degrés divers, tantôt en éclatant soudainement là où il n'était encore qu'en puissance; tantôt en récidivant là où il était larvé, mais où des manifestations

(1) Renaut. De l'intoxication saturnine chronique. Paris, 75, p. 24.
(2) Mazzoni. Congrès médic. internat. de Paris, 1867, page 278.

antérieures lui avaient acquis le caractère diathésique ; tantôt, enfin, en altérant les divers viscères et en débilitant l'organisme, qui devient dès lors incapable de bien réagir contre le traumatisme, ou qui réagit à sa façon, c'est-à-dire avec les actes propres à son tempérament morbide : le tempérament palustre.

DES ACCIDENTS PALUSTRES QUI COMPLIQUENT LE TRAUMATISME.

I. DE LA FIÈVRE.

La manifestation la plus commune, sans contredit, de l'intoxication palustre est la fièvre. C'est dans cette affection, du reste, que la fièvre se montre avec ses caractères typiques. Les trois périodes de frisson, de chaleur, de sueur, ne sont nulle part mieux accusées qu'ici, et, en outre, le retour des accès est toujours périodique; de telle façon que, toutes les fois qu'on voit ces deux éléments réunis, accès fébriles complets et intermittence régulière, on n'hésite pas à accuser l'impaludisme. On peut prévoir, d'après cela, que l'accident palustre qui complique le plus fréquemment les lésions traumatiques, sera la fièvre. C'est, en eff et, ce qui lieu; et chez les blessés, comme chez les opérés qui ont des antécédents paludiques, il faut toujours redouter cette complication. Nous avons déjà cité la communication de Mazzoni au Congrès de 1867. L'opinion qu'il exprimait est celle de tous les praticiens des pays à malaria.

Nous trouvons dans un livre récent de sir James Paget, un passage qui ne saurait laisser de doute à cet égard : « Les sujets qui ont la fièvre intermittente, supportent les opérations aussi bien que les autres, toutes choses égales d'ailleurs ; mais pendant leur convalescence ils pourront vous inquiéter par l'apparition d'un ou plusieurs accès fébriles tout à fait semblables à ceux qui précèdent la pyohémie. Bien plus, si un malade a eu autrefois la fièvre intermittente, et que, même plusieurs années après, vous pratiquiez une opération sur lui, la fièvre intermittente peut le reprendre peu de temps après le traumatisme, ou une perte

de sang, ou tout autre accident qui lui sera survenu. J'ai si souvent fait cette remarque, que toutes les fois que j'apprends que des frissons intenses ont suivi une opération, je m'enquiers des antécédents au point de vue de l'impaludisme, et j'ai parfois trouvé que le malade l'avait tout à fait oublié à cause du long espace de temps qui s'était écoulé depuis qu'il en avait souffert (1). »

Il est un état qu'on rapproche volontiers des cas de traumatismes opératoires : c'est celui des femmes en couches, et cette assimilation est très-juste, parce que la femme en couches est bien réellement un grand blessé. Eh bien, il n'est pas rare de voir des fièvres intermittentes venir compliquer les suites de couches dans les pays à malaria ou chez les femmes qui avaient eu jadis des fièvres. Pour les accouchées habitant le milieu miasmatique, la chose est généralement reconnue, et les observations ne manquent pas.

Godinat (2) en cite quelques-unes, et Duboué de Pau (3) en rapporte également (Obs. VIII, Obs. IX, Obs. X) qui nous paraissent parfaitement concluantes. Quant aux femmes qui n'ont plus eu de manifestations palustres depuis longtemps et qui accouchent dans un pays salubre, le fait est encore exact et nous n'en voulons pour preuve que ces paroles de Béhier :

« Que sont donc ces accès intermittents ? Très-souvent ce sont tout simplement, des récidives de fièvres paludéennes subies jadis par ces femmes, fièvres qui se réveillent sous l'influence de la dépression que la grossesse, et surtout l'accouchement, ont imposée à l'économie. Tout comme Torti, et tant d'autres, ont signalé l'influence des purgatifs vio-

(1) James Paget. Clinical lectures and Essays. London, 1875, page 20.

(2) Godinat. Considérations sur les fièvres palustres, thèses de Paris. 1872, page 25.

(3) Duboué de Pau, *loc. cit.* page 122.

lents pour causer les récidives d'accès paludéens qui semblaient guéris. Le sulfate de quinine fera facilement justice de cet état et confirmera le diagnostic. J'ai vu plusieurs exemples de cette sorte (1). »

Ainsi quel que soit le trouble survenu dans un organisme prédisposé, qu'il s'agisse d'une blessure, d'une opération, ou simplement d'un acte physiologique comme la parturition, l'impaludisme peut susciter la fièvre. Qu'elle s'allume chez des sujets vierges de toute manifestation paludéenne, ou qu'elle récidive chez des sujets anciennement atteints de fièvres intermittentes, la pathogénie est toujours la même ; c'est le traumatisme qui joue le rôle de cause occasionnelle et on est en présence d'une véritable complication, puisque cette fièvre ne ressemble en rien à la fièvre traumatique qu'on peut observer chez les individus indemnes de toute tare constitutionnelle.

D'après certaines observations de Coccud, il y aurait des cas cependant où le blessé n'est pas pris d'une fièvre nouvelle indépendante de la fièvre traumatique, mais où la marche seule de la fièvre traumatique est modifiée par l'intoxication palustre : celle-ci prendrait alors le caractère de la rémittence simple, s'exaspérant par périodes régulières sous l'influence de la diathèse et poursuivant sa marche indépendante dans l'intervalle des accès. Cette opinion, nous paraît bien difficile à soutenir sans les données rigoureuses de l'exploration thermométrique; le fait n'est évidemment pas invraisemblable, mais il ne nous paraît pas suffisamment démontré.

Dans la grande majorité des cas de ce genre, c'est par une fièvre nouvelle que l'impaludisme se traduit; la fièvre traumatique et la fièvre intermittente ne s'influençant pas l'une l'autre et demeurant complétement indépendantes. On assiste

(1) Béhier. Conférences de clinique médicale. Paris, 1864, page 576.

alors à une de ces dualités morbides que M. le professeur Verneuil mentionnait dernièrement dans une leçon clinique sous ce titre *De la superposition des fièvres en chirurgie*. Nous citerons plus loin deux observations où ce fait nous a paru parfaitement évident.

Mais le plus souvent il n'y a ni complication, ni combinaison, de deux fièvres développées à l'occasion de la même lésion ; une seule fièvre existe : c'est celle qui relève de l'impaludisme.

Cela se voit toutes les fois que la lésion n'est pas assez considérable pour donner lieu à une fièvre traumatique. L'élévation de la température n'a alors rien de commun avec l'état local, et sa marche n'est plus à forme rémittente mais à forme intermittente. Ici, la méprise n'est pas possible, si on est averti que le malade a eu jadis des fièvres intermittentes ou qu'il vient de s'exposer à en avoir.

Lorsque la lésion traumatique est considérable, lorsqu'on a affaire à une de ces plaies qui se compliquent si facilement d'infection purulente, on ne saurait trop se tenir en garde contre une conclusion hâtive, et il importe de ne pas s'en laisser imposer par l'intermittence ou la rémittence. On sait, en effet, que la pyohémie s'annonce par des frissons analogues à ceux de la fièvre paludéenne et revenant par accès : « Les accès eux-mêmes, dit Billroth, ressemblent à ceux qu'on observe dans la fièvre intermittente, sous le rapport du froid, de la chaleur sèche et de la transpiration (1). »

Ce qui permettra, dans ce cas, de faire le diagnostic différentiel, c'est l'intensité même des accidents observés ; c'est surtout la persistance de la fièvre après les accès.

Les observations citées par Dumas, dans son mémoire sur les fièvres intermittentes qui accompagnent les grandes

(1) Billroth. Pathologie chirurgicale générale, traduction. Paris, 1874, p. 345.

plaies, nous paraissent précisément se rapporter à des cas de pyohémie. En rapprochant ces fièvres des intermittentes et des rémittentes pernicieuses, Dumas montre qu'à son époque on n'était pas si avancé que de nos jours dans la connaissance des accidents des plaies. Ce qui, du reste, prouve suffisamment que ce n'est pas à des récidives de fièvres palustres qu'il avait affaire, c'est que dans l'étiologie de ces fièvres, à côté de l'habitation des hôpitaux et des camps, et du voisinage des pays froids et marécageux ; il invoque des causes telles que les affections morales, l'âge avancé, le sexe, la crainte du danger, etc. La raison pour laquelle Dumas assimile ces accès fébriles, évidemment dus à de la pyohémie, aux fièvres pernicieuses, c'est le succès de la médication par le quinquina. Qu'il ait réussi par ce moyen à supprimer l'intermittence dans des cas légers, c'est ce que nous n'oserions contester. Le quinquina produisant de bons effets, même dans la pyohémie, mais qu'il se soit agi là de rémittentes pernicieuses identiques aux fièvres de malaria, c'est ce que la lecture de ses observations ne nous permet pas d'admettre.

Du reste, nous souscrivons à la doctrine qu'il développe : » Il n'est pas douteux, dit-il, qu'une plaie examinée dans ses diverses périodes ne puisse se combiner avec différentes espèces de fièvres. Le nouvel ordre de mouvements qu'elle introduit dans le corps le dispose puissamment à l'état fébrile, et les moindres causes suffisent pour le décider (1). »

La première observation bien significative qui ait été publiée sur le développement d'accès fébriles d'origine palustre, à l'occasion d'un traumatisme, est celle de Delpech (2). La voici en résumé :

(1) Dumas, *loc. cit.* p. 10.
(2) Mémorial des Hôpitaux du Midi 1829, t. I. page 327.

Observation I.

Un homme revenant d'Amérique, atteint d'hémorrhoïdes anciennes donnant lieu à des hémorrhagies fréquentes est opéré de la résection de tout le contour de l'anus. Le 3e jour pouls fréquent, chaleur, douleur dans le bassin.

Le 5e jour à 11 heures du matin frisson violent durant deux heures, délire, vomissements, sueurs.

Le 6e jour à 11 heures du matin frisson très-intense, sueurs et syncope.

La saison qui s'était montrée favorable au développement d'un grand nombre de fièvres intermittentes inspirant des inquiétudes à Delpech, et malgré les théories régnantes sur la nécessité de traiter par les antiphlogistiques les inflammations graves de l'abdomen qui pouvaient ne provoquer qu'une fièvre intermittente, il prescrit 12 grains de sulfate de quinine en trois fois, de trois heures en trois heures.

Le 7e jour à 1 heure après midi, accès faible, frisson léger, chaleur douce et de courte durée.

Dans la nuit 8 grains de sulfate de quinine.

Le 8e jour pas d'accès.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre, et spécialement au point de vue historique. Delpech raconte comment il était très-perplexe, ne sachant s'il devait céder aux doctrines régnantes et traiter par les antiphlogistiques, ou bien essayer le traitement spécifique, ce qui était audacieux à cette époque; mais il ajoute qu'il était raffermi dans son opinion par le souvenir de faits semblables.

Dans le même journal, Lafount-Gouzi (1) publiait quelque temps après sa propre observation; relative à une fièvre à type franchement rémittent, développée à la suite d'une piqûre qu'il s'était faite à l'index avec la pointe du scalpel, en disséquant le bassin d'une femme morte des suites de couches; fièvre guérie en trois jours par le sulfate de quinine à haute dose. Ici les accidents observés nous paraissent plutôt dus à un commencement de septicémie, d'autant plus qu'il s'était développé, de son propre aveu, une inflammation de

(1) Lafount-Gouzi. In memorial des Hôpitaux du Midi, page 332.

la main et de l'avant-bras; et l'action bienfaisante du sulfate de quinine ne prouve nullement qu'il se soit bien réellement agi d'une fièvre palustre; mais ce qui montre bien que des faits plus probants ne devaient pas être rares, c'est que l'auteur de l'observation ajoute : « Ce fait se lie à une vérité essentielle que j'ai signalée il y a plus de vingt ans et établie sur des faits décisifs, savoir qu'à l'occasion et pendant la durée des cas traumatiques, il se développe des fièvres intermittentes et rémittentes que l'on aurait tort de réputer *irritatives* ou *locales*, ou de prendre pour symptomatiques, bâtardes, dans le sens de P. Frank, Borsieri, etc. »

Les observations que Littré rappelle dans son article du Dictionnaire en 30 volumes, paraissent plus nettes : la première est celle de Griffin, médecin anglais; elle a trait à des accès de fièvres survenus chez un jeune homme à l'occasion d'un abcès à la région mastoïdienne. La seconde est celle de Simon de Hambourg; il s'agit d'accès tierces apparus quelques jours après l'invasion d'une blennorrhagie peu intense. L'écoulement est augmenté pendant les accès et les douleurs locales très-vives. Le sulfate de quinine donné dès le quatrième accès supprime les suivants. La troisième est celle de Nolet, prise dans le service de Piorry : il s'agit d'accès intermittents développés à la suite d'une chute sur l'hypochondre gauche avec splénopathie. Cette observation ne nous paraît pas seulement avoir de commun avec l'impaludisme l'intermittence que nous avons dit être fréquente dans les contusions de la rate. Le malade ne travalllait pas bien loin d'un canal malsain, et son cas rentre parfaitement dans ceux que signale Boudin (1) : « Sur le littoral de l'Algérie, dit-il, toutes les contusions spléniques ou autres sont suivies de fièvres intermittentes. »

Les observations publiées depuis, sont celles de Coccud

(1) Boudin. Traité des fièvres intermittentes, Paris. 1842., page 142.

et de Duboué, de Pau ; elles ont été reproduites en partie dans la thèse de Dériaud, nous ne les mentionnerons pas ; qu'il nous suffise de dire que, si quelques-unes prêtent le dos à la critique, soit qu'elles ne présentent autre chose que de l'intermittence simple, soit que le succès de la médication spécifique ait été donné à tort comme un *criterium*, la plupart sont parfaitement probantes et mettent hors de doute la doctrine que nous défendons.

Du reste, les faits d'apparition d'accès fébriles chez les sujets habitant un pays à fièvre, nous paraissent ne présenter qu'un intérêt secondaire. Quoi d'étonnant qu'on soit pris de fièvre dans un milieu suspect? Ce qui est plus intéressant, c'est le fait de récidive dans un milieu nullement propice, c'est celui que le chirurgien a le plus d'intérêt à connaître, parce qu'il surprend toujours, et qu'une erreur de diagnostic pourrait prolonger inutilement, pour le blessé ou l'opéré, un état morbide dont le spécifique aurait facilement raison, et lui enlever ainsi le bénéfice de l'apyrexie si favorable aux cicatrisations.

C'est pour cela que les observations suivantes nous paraissent particulièrement dignes d'attention; du reste, les deux premières n'ont jamais été publiées au point de vue qui nous occupe, et les deux autres nous sont personnelles.

Observation II.

(*France médicale*, 8 août 1874.) Chez un malade entré dans son service de l'hôpital de la Miséricorde à Chicago, et soupçonné d'avoir une pierre dans la vessie, le professeur Andrew (*Medical Examiner*) introduisit une sonde et la production d'un bruit sec vint lui montrer que ses suppositions étaient fondées. La sensation communiquée par l'instrument montra également qu'il y avait plusieurs calculs et qu'ils étaient de grosseur notable. Le malade avait 50 ans, mais il était en bon état de santé et n'avait pas de cystite. La grande masse du corps étranger et la forte consistance apparente des pierres dont témoignait la netteté du bruit produit par le choc, montraient que le cas était plutôt justiciable de la taille que de la lithotritie. Après

avoir placé pendant quelque temps le malade dans les conditions de santé et d'hygiène les plus favorables pour bien supporter l'opération, le 25 mai, Andrew endormit le malade au moyen de l'éther sulfurique et pratiqua la taille par la méthode latéralisée.

Vingt-quatre heures après l'opération, le malade qui avait habité un pays à fièvre, avait un accès de fièvre intermittente; de fortes doses de sulfate de quinine empêchèrent l'apparition d'accès ultérieurs. Le dixième jour, il y eut des troubles digestifs figurant le début d'une fièvre typhoïde. Le treizième jour, ces troubles duraient encore, ils étaient accompagnés d'un peu de fièvre, de sècheresse de la langue. La plaie allait bien, mais le thermomètre placé dans l'aisselle marquait 38°,5. Il n'y avait aucune menace d'infection purulente et le 10 juin le malade allait très-bien.

OBSERVATION III.

(*James Paget. Clinical lectures and Essays, London* 1875 *pages* 159 *et suivantes.*) *Lithotomie. Frissons le jour suivant. Suppurations répétées dans la région sterno-claviculaire. Frissons et convulsions épileptiformes. Suppuration dans la prostate. — Phlébite. — Guérison.*

En juillet 1859 je pratiquai la lithotomie latérale sur un gentleman âgé de 34 ans, client de M. Hewen. Il était d'une santé naturellement robuste, mais actuellement usé par la souffrance et un séjour en Chine. La pierre était grosse et molle. L'opération ne présenta rien qui mérite d'être noté, mais dans le courant de la journée suivante, le patient eut trois violents frissons, chaque fois, après avoir rendu de l'urine par l'urèthre. Le jour suivant il commença à se plaindre d'une douleur comme rhumatismale dans l'épaule et la clavicule gauches. Elle continua en augmentant et s'accompagna bientôt d'une tuméfaction croissante, et à la fin de la première semaine après l'opération, fut suivie de la formation d'un vaste abcès profond au niveau de la région cervicale et sous clavière; on ouvrit cet abcès. Pendant cette même semaine le pouls fut rarement au-dessous de 120 : il survint des sueurs fréquentes et profuses; mais à part cela, rien ne différa matériellement de la marche favorable ordinaire après la lithotomie.

Dans la seconde semaine le mieux continua et le malade put quitter chaque jour son lit et marcher jusqu'à son canapé; l'urine passait librement par l'urèthre; il *n'avait pas de symptôme fâcheux*, mais il était tourmenté par une chaleur piquante, comme il lui arrivait souvent en Chine, et par la suppuration continuelle de la clavicule, pour laquelle il fallut faire deux

nouvelles incisions, et à laquelle se joignit un peu de sphacèle du tissu sous-cutané.

Seize jours après l'opération, après une nuit plutôt sans sommeil, mais sans autre symptôme précurseur, « il eut un frisson de la plus grande in-« tensité ; puis un long stade de chaleur, et enfin des sueurs profuses qui « durèrent toute la journée. Ils furent semblables à ceux d'une fièvre in-« termittente très-maligne, affection dont il avait été atteint 10 ans aupara-« vant. » On prescrivit de fortes doses de quinine.

Aussitôt après le frisson, une partie de la tuméfaction, près de la face antérieure du cou qui avait été très-marquée, et cédait sous le doigt comme si la peau eût recouvert des parties sphacélées, s'affaissa presque complètement ; et cependant il n'y eut pas à l'extérieur augmentation de l'écoulement du pus. Pendant la nuit il y eut des sueurs profuses ; mais le lendemain et le jour suivant c'est-à-dire le 25e, l'état du patient revint à ce qu'il était avant le frisson, excepté que la transpiration était plus abondante et le pouls plus lent. La seule conséquence apparente du frisson fut la formation d'un abcès au niveau de la pièce supérieure du sternum et des cartilages costaux adjacents et qui fut ouvert le 23e jour. A cette exception près, le malade paraissait convalescent.

Mais le 25 au matin, après avoir éprouvé un grand malaise dans la vessie et le rectum pendant une grande partie de la nuit, le malade eût une attaque épileptiforme qui dura une heure et qui fut suivie d'une grande accélération du pouls et de sueurs profuses. Avant cet accès les parties voisines de l'abcès sternal parurent comme gonflées et tuméfiées ; après l'accès elles s'affaissèrent tout à fait, bien qu'il n'y eût pas d'écoulement appréciable de pus. En même temps que cet accès, qui sous tous les rapports parut être l'équivalent d'un frisson, il se forma un gros abcès dans le lobe gauche de la prostate. Mais la santé générale du patient ne souffrit pas d'autres troubles que ceux qu'aurait produits un abcès ordinaire dans la même région ; et lorsque le pus fut écoulé par une ponction dans la cicatrice de la plaie de lithotomie il fut à la fois soulagé de tout malaise général et local. (Suit l'histoire d'une phlébite de la saphène postérieure développée le 30e jour après l'opération. — La guérison complète survint après ce dernier accident.)

Cette observation de Paget, dont nous devons la traduction à l'obligeance de M. le Dr H. Petit, est remarquable en ce qu'elle nous montre l'indépendance absolue de la fièvre traumatique et de la fièvre palustre récidivée. La première s'est allumée dans le courant de la journée qui a suivi l'o-

pération; la seconde s'est montrée seize jours après, et l'une et l'autre ont été séparées par un intervalle apyrétique assez long. En outre, comme si le tableau pathologique n'était pas assez rempli, des accidents de pyohémie, sans grande réaction générale, se manifestent dès le troisième jour et se prolongent pendant plusieurs semaines sans entraîner aucun sympôme typhoïde, comme le fait remarquer l'auteur dans les réflexions dont il fait suivre l'observation. Ici on pourrait nous objecter que, malgré l'opinion de Paget, qui paraît croire à une récidive de la fièvre intermittente que le malade avait eue dix ans auparavant, il n'y a pas de raison pour ne pas mettre cet accès complet sur le compte de la pyohémie; mais nous ferons observer que, d'après la description même de Paget, il ne s'agissait probablement pas de véritable pyohémie, que, de plus, ces accidents, regardés comme pyohémiques, avaient débuté *quinze jours* avant l'accès fébrile, et que, au moment où celui-ci s'est développé, rien dans l'état du malade n'expliquait une pareille manifestation. La marche des accidents observés n'a nullement été modifiée par cet accès, et cela grâce à l'administration du spécifique qui a enrayé les manifestations ultérieures de l'impaludisme. Il s'est donc agi là d'un épiphénomène aigu, n'ayant de commun, avec l'état local du malade, que la relation causale qui unit un traumatisme aux récidives des affections préexistantes. Y a-t-il quelque rapport entre l'impaludisme et l'attaque apoplectiforme survenue dix jours après l'accès, et suivie d'une grande accélération du pouls et de sueurs profuses? Cela ne nous paraît nullement impossible, l'impaludisme pouvant se traduire par les manifestations les plus variées, et prendre le masque de toutes les affections nerveuses; mais rien ne nous autorisant à affirmer l'existence de ce rapport dans le cas de Paget, nous croyons plus sage de nous abstenir.

Par une coïncidence singulière, les deux observations qui

précèdent se rapportent à des malades ayant subi une opération sur les voies urinaires. Les accidents intermittents n'étant pas rares dans de pareilles conditions, même en dehors de tout soupçon d'impaludisme, on serait tenté, peut-être, de contester à ces observations la signification que nous leur donnons; mais les caractères parfaitement tranchés des accès, les antécédents bien constatés des malades, et le succès *immédiat* de la médication par le sulfate de quinine ne nous paraissent pas devoir laisser subsister de doute à cet égard. Ces caractères, qui n'ont peut-être pas grande valeur lorsqu'ils sont pris isolément, en ont une réelle lorsqu'ils se trouvent réunis, et il serait au moins singulier que des accès typiques, cédant au spécifique, se soient rencontrés dans les deux cas chez des individus qui avaient eu jadis des fièvres intermittentes, sans qu'il y ait aucun rapport entre leur apparition et la nature spéciale du terrain sur lequel elle a eu lieu.

Ce n'est pas, d'ailleurs, seulement sur des malades opérés de la taille ou atteints d'une lésion des organes urinaires que de pareils faits s'observent; il suffit de lire des observations de Coccud, celles de Duboué, de Pau, celles de Dériaud, pour se convaincre que ces récidives arrivent aussi bien chez les amputés, chez ceux qui ont une fracture, une contusion ou une plaie, que chez les calculeux. Voici, du reste, deux observations recueillies par nous dans le service de M. Verneuil, qui nous paraissent confirmer cette opinion.

Observation iv.

Bourson Léonard, âgé de 42 ans, entre le 6 décembre 1875 dans le service de M. Verneuil à la Pitié, salle Saint-Louis n° 47. Antécédents héréditaires nuls. *Antécédents personnels* : il a eu de l'impétigo pendant sa jeunesse et une pleurésie. Entré dans l'infanterie de marine, il a fait partie de l'expédition de Crimée où il a eu la fièvre typhoïde, puis la dysenterie. L'année suivante il a eu le typhus, puis il a été pris de diarrhée, affection à

laquelle il est resté sujet. Rentré en France il y reste deux ans pendant lesquels il est pris d'une adénite cervicale qui guérit sous l'influence des topiques. Il entre ensuite dans un régiment de ligne qui est envoyé à Rome, il passe en Italie les années 1859 et 1860 et prend la fièvre intermittente dans les marais Pontins, fièvre caractérisée par des accès très-intenses à type quotidien et traitée par le sulfate de quinine. Survient alors un œdème des membres inférieurs qui dure peu de temps. La fièvre guérit cependant et le malade rentre en France en 1860. De nouveau engagé dans l'infanterie de marine il est expédié à la Martinique où il reste 6 ans. Là il est pris d'une nouvelle dysenterie et éprouve de nouveaux accès de fièvre mais peu intenses. Renvoyé en France comme anémique, il est repris pendant le voyage d'une fièvre intermittente très-intense que le sulfate de quinine guérit au bout de 15 jours. Rentré en France, il entre comme employé au ministère de la marine et s'y fatigue beaucoup.

En 1867 il commence à éprouver des difficultés dans la marche et des douleurs dans l'aine. Il ressent par moment un craquement dans l'articulation coxo fémorale et à partir de ce moment il ne peut plus remuer le membre. Il passe 5 mois à l'hôpital du Gros-Caillou et il en sort avec un état général meilleur, mais avec un raccourcissement de 4 centimètres du membre inférieur droit. Il y a dix-huit mois il commence à tousser, il maigrit, il a des sueurs nocturnes et des accès de fièvre; il y a 8 mois il survient un abcès de la marge de l'anus qui s'ouvre et lui laisse une fistule. Trois mois plus tard, le testicule droit grossit, durcit, sans devenir douloureux, c'est alors qu'il se décide à entrer à l'hôpital où nous l'observons. Il est amaigri, pâle et abattu. L'examen de la poitrine nous permet de constater des signes d'excavation au sommet droit; gargouillement, toux retentissante, pectoriloquie, à gauche quelques craquements humides mais aucun signe de pleurésie ou de pneumonie. Quelques jours après son entrée à l'hôpital il a des hémoptysies légères. Du côté du tube digestif l'état n'est guère plus rassurant. Pas d'appétit, digestions mauvaises, parfois vomissements, toujours de la diarrhée. La rate est plus volumineuse qu'à l'état normal sans que cependant la matité soit considérablement augmentée, elle est légèrement douloureuse à la pression. Le testicule droit présente un Epididyme aussi volumineux que le corps de la glande : il est induré mais tout à fait indolent. Le toucher rectal ne révèle rien du côté de la prostate qui paraît unie et lisse. La région vésicale n'est pas douloureuse à la pression ; les urines ne donnent aucun précipité par les divers réactifs ; à l'œil elles sont tantôt claires, tantôt plus ou moins foncées selon les jours.

Le malade se plaint d'accès de fièvre qui reviennent tous les jours vers 2 heures de l'après midi et qui présentent les trois stades, frisson, chaleur,

sueurs, parfaitement accusés; il déclare que ces accès ressemblent de tous points à ceux qu'il a eus déjà à diverses reprises; il y a 15 ans d'abord à Rome, puis il y a huit ans à la Martinique et à son retour de cette île, au niveau des Açores. Ces accès reviennent depuis quelques jours et ont toujours conservé le type quotidien. On prescrit du sulfate de quinine et les accès d'abord plus faibles disparaissent complètement le 26 et le 27 janvier.

Outre ces symptômes généraux, le malade présente une coxalgie particulièrement intéressante en ce qu'elle est le siége d'arthrophytes considérables parfaitement perceptibles à la palpation.

Observation V.

Albertini Noël, journalier âgé de 45 ans, entre le 22 février 1876 à la Pitié dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Louis 26. Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : A l'âge de 16 ans, un écoulement d'oreille survenu au dire du malade à la suite d'un bain froid, n'a cédé qu'au bout de 18 mois à l'application d'un séton derrière l'oreille.

A l'âge de 21 ans il a eu une blennorrhagie qui a été traitée par les balsamiques et des injections au nitrate d'argent. A l'âge de 25 ans, étant en Crimée, il fut pris de fièvre intermittente avec accès quotidiens : guérison par le sulfate de quinine. La fièvre a reparu en 1870 ; le malade était entré alors à la Pitié pour un rétrécissement caractérisé par la minceur du jet, sa chute perpendiculaire, sa bifidité, la lenteur de la miction. Il éprouvait en même temps des douleurs dans la région vésicale et ses urines étaient notablement troubles. Les accès de fièvre ont cédé au sulfate de quinine et la cystite à l'usage prolongé de l'eau de goudron. Les douleurs reparaissaient toutefois quand il se fatiguait. La miction est redevenue douloureuse depuis le 17 janvier dernier ; en même temps les accès de fièvre ont reparu s'accompagnant de maux de tête et d'épistaxis.

A cette époque une tuméfaction s'est déclarée dans l'aisselle gauche, qui a rapidement grossi en devenant très-douloureuse. Une incision pratiquée le 26 ne laissa pas écouler beaucoup de pus ; mais l'ouverture demeurée fistuleuse en a fourni beaucoup les jours suivants : elle est encore le siége d'un écoulement séreux et de mauvais aspect. Le développement de cet abcès s'est accompagné d'une fièvre continue qui a persisté pendant 20 jours ; au bout de ce temps il y a eu amélioration de l'état général, mais l'abcès est resté fistuleux et le malade avait encore des accès de fièvre dans la soirée ; ces accès étaient très-irréguliers ; il y en avait parfois deux dans la même journée et d'autres fois un seulement tous les deux ou trois jours. Son état

s'est amélioré pendant quelque temps, puis s'est subitement aggravé le samedi 19 février, ce qui a décidé le malade à entrer à l'hôpital.

État actuel : L'abcès est resté fistuleux : il fournit une notable quantité de pus : ses bords fortement pigmentés sont douloureux à la pression. Rien d'anormal du côté du tube digestif ; la rate paraît un peu volumineuse et présente une assez grande sensibilité à la percussion ; la palpation n'y occasionne pas de douleur. L'appareil respiratoire paraît sain à l'auscultation, mais la percussion du sommet gauche réveille de la douleur et accuse une légère submatité. Du côté de l'appareil urinaire on trouve les symptômes suivants : miction difficile, incontinence d'urine, douleur dans le bas ventre quand le malade est fatigué. Rien d'anormal dans la région rénale gauche, mais si on presse la région rénale droite, le malade se rejette en avant et sa figure exprime la souffrance. Les urines sont chargées de mucosités ; les réactifs n'y décèlent ni sucre ni albumine.

La fièvre a été irrégulière jusqu'ici, revenant tantôt tous les jours, et laissant parfois un jour de répit : les accès sont plus fréquents depuis que le malade est entré à l'hôpital.

Le 24 février, il a deux accès l'un de 4 heures à 8 heures du matin, l'autre de midi à 3 heures. La température, prise dans l'intervalle des accès, n'atteint pas 37° elle reste à 36°,5 en moyenne. Le 25 dans la nuit, le malade est pris d'un nouvel accès plus violent que les précédents : enfin dans la nuit du 25 au 26 il a encore un accès très-intense.

Le 26 un accès dans la matinée ; le 27 pas d'accès ; le 28 des ventouses scarifiées sont appliquées sur la région rénale droite. Cette application est suivie d'un nouvel accès ; le 29 apyrexie.

Le 1er mars accès complet : la fièvre paraît avoir pris le type tierce, on prescrit 1 gr., de sulfate de quinine.

Le 2 apyrexie, le 3 frisson léger suivi de sueurs abondantes, la quinine est continuée et dès ce jour il n'y a plus d'accès. La douleur rénale a disparu depuis l'application des ventouses ; l'abcès reprend un meilleur aspect et commence à se cicatriser. Le malade est bientôt guéri et envoyé en convalescence à Vincennes.

Les malades des deux observations qui précèdent, n'étaient pas atteints d'une lésion chirurgicale simple : et c'est là, croyons-nous, ce qui fait l'intérêt de leur histoire, au point de vue qui nous occupe. C'est, en effet, lorsque les causes de fièvre sont multiples, que le diagnostic est difficile : il sera toujours facile de reconnaître un accès d'ori-

gine palustre, lorsque la lésion qui a fourni le prétexte de son apparition, est elle-même très-peu grave, et lorsque le désordre général ne peut être imputé à l'état local; mais quand, comme chez nos deux malades, les explications abondent, quand on est tenté presque de trouver naturelle une fièvre même assez vive, quel intérêt n'y aura-t-il pas à reconnaître l'impaludisme, puisque la thérapeutique est alors toute-puissante !

Il est certain que la désorganisation de tout un poumon d'une part (Obs. IV), et une suppuration de longue durée, d'autre part (Obs. V), suffisent amplement pour expliquer des accès de fièvre. Combien, cependant, il eût été préjudiciable aux malades, si on s'était contenté d'une pareille explication !

Leurs accès auraient été considérés comme légitimes, et ce qui est plus grave, ils les auraient conservés, car que tenter contre une fièvre purement réactive ? N'a-t-on pas fait tout ce qu'il faut en pareil cas, quand on s'est occupé de l'état local? Il arrivera quelquefois que les renseignements des malades pourront mettre sur la voie, quand ils déclareront que leurs accès ressemblent tout à fait à ceux qu'ils ont eus jadis dans un pays à malaria; mais n'est-il pas plus fréquent qu'ils ne se rappellent plus leur maladie antérieure? C'est alors que la sagacité du praticien doit être mise en éveil et que la quinine doit servir de pierre de touche.

Pour faire ressortir les autres points intéressants de nos observations, nous n'avons qu'à reproduire les considérations dont M. le professeur Verneuil a fait l'objet d'une leçon clinique : « Le premier malade (Obs. IV) a des cavernes et peut, par conséquent, avoir de la septicémie chronique, mais la fièvre intense n'est pas l'accompagnement ordinaire de la phthisie, surtout la fièvre revenant par accès. D'autre part, il pourrait avoir une affection des voies urinaires, et en fait il présente des tubercules de l'épididyme; or,

j'ai vu des accès de fièvre qui n'avaient d'autre cause que le dépôt de tubercules dans le rein : c'était chez un jeune homme qui présentait déjà des tubercules du testicule et de la prostate; il est pris subitement d'accès de fièvre, et en même temps on constate la présence d'albumine dans l'urine; je diagnostique un dépôt de tubercules dans le rein donnant lieu à une fièvre rénale, et l'autopsie vient bientôt confirmer le diagnostic. Mais chez ce malade, nous n'avons aucune raison pour admettre quelque chose d'analogue, son urine ne présente pas de trace d'albumine, sa région rénale est indolore : ses accès de fièvre sont dus à une autre cause, *à un rappel de fièvre intermittente ancienne*, et ce qui le prouve, c'est que l'examen de sa rate nous a révélé une hypertrophie de cet organe; c'est en outre, que le sulfate de quinine a complétement fait cesser les accès. »

Quelle était donc la cause de ce rappel de fièvre intermittente? C'était, à n'en pas douter, l'état de débilitation dans lquel la suppuration de son poumon l'avait jeté ; en réalité, entre ce malade et celui de l'observation V, il y avait analogie complète, ainsi que le faisait remarquer M. Verneuil; l'un avait un abcès, l'autre une caverne pulmonaire ; tous deux, par conséquent, avaient un foyer de suppuration minant peu à peu la constitution. Pour le deuxième malade, on pouvait se demander si la fièvre n'était pas due à une néphrite du côté droit; mais la marche des accès qui avaient fini par se régler, et par prendre le type tierce; le peu d'intensité des symptômes de néphrite qui se réduisaient, en somme, à de la douleur; enfin, le succès complet du sulfate de quinine, nous paraissent des raisons suffisantes pour admettre qu'il s'agissait là, comme pour le premier malade, d'une manifestation de l'impaludisme amenée par une suppuration de longue durée. Nous ne discuterons pas pour le premier malade le prétendu antagonisme de Boudin, entre la fièvre intermittente et la phthisie pulmonaire, car en ad-

mettant même que dans les pays à malaria, cet antagonisme existe, cela ne prouverait pas qu'un tuberculeux ne puisse subir les effets de l'intoxication palustre en allant dans ces foyers de fièvres, et rapporter dans son pays la disposition aux récidives.

M. Verneuil rappelait encore dans sa leçon clinique d'autres cas analogues : l'année dernière on apporte dans son service (34, petite salle Saint-Louis), un homme atteint de fracture du péroné. La nuit même qui suit son entrée à l'hôpital, il est pris d'un violent accès de fièvre avec sueurs abondantes. Cette fièvre, n'étant pas en rapport avec la lésion locale, on soupçonne un rappel de fièvre intermittente, on interroge le malade : il a eu jadis des fièvres d'accès, on lui donne du sulfate de quinine et il guérit sans autre accès.

Enfin, un cas qui est digne d'attention, est celui d'un homme qui a jadis habité un pays à fièvre, mais qui n'y a jamais eu aucun symptôme d'intoxication ; il subit un traumatisme longtemps après et voilà les accès qui se déclarent; c'est un cas de ce genre que M. Verneuil rappelait en terminant sa leçon clinique : « A la suite de l'ouverture d'un abcès, un de nos malades, est pris d'un accès de fièvre très-violent : des considérations que je n'ai pas à rappeler ici, me font penser à une poussée de périostite. Le malade est apyrétique le lendemain, et ne présente ni lymphangite, ni érysipèle, en un mot, aucun accident traumatique ; la fièvre reprend le troisième jour. Le malade avait été en Amérique, dans un pays malsain, mais n'avait jamais eu de fièvre; je prescris du sulfate de quinine : à la deuxième dose, la fièvre cesse et *la plaie prend bon aspect.* Évidemment, la seule chose qui puisse expliquer ces accès, c'est une intoxication ancienne qui ne s'était encore révélée par aucun symptôme. »

DES HEMORRHAGIES INTERMITTENTES D'ORIGINE PALUSTRE.

« S'il est une preuve de la nécessité d'associer les connaissances médicales proprement dites, avec celles qui sont du ressort spécial de la chirurgie, c'est assurément celle qui résulte de l étude approfondie des causes des hémorrhagies(1).» Ces paroles, que M. Bouisson, à placées en tête de son mémoire sur les hémorrhagies intermittentes des opérés, montrent bien toute l'importance du chapitre que nous entreprenons. Quoi de plus grave, en effet, après une plaie, que des hémorrhagies se répétant à des intervalles rapprochés? Quoi de plus essentiel que le diagnostic de la cause qui les produit, puisque le traitement en découle immédiatement?

Nous n'avons pas à nous occuper ici des hémorrhagies que l'impaludisme peut produire en dehors des lésions traumatiques : la pernicieuse hémorrhagique est depuis longtemps connue, et il n'est pas rare de voir des pertes sanguines, se faire à la surface des muqueuses, sous l'influence de l'intoxication tellurique, revenir par accès périodiques et céder à l'administration du sulfate de quinine.

Voici une observation d'épistaxis intermittente qui nous a été communiquée par M. Verneuil :

Observation VI.

X.., âgé de 46 ans, né dans le département du Loiret, maçon, habitant Paris depuis 28 années est amené le 12 maï 1866 à l'hôpital Lariboisière, où il est couché lit 13, salle Saint-Louis.

Depuis 8 jours, ce malade est pris entre 4 et 5 heures du matin d'une épistaxis tres-abondante, s'arrêtant spontanément après deux heures de durée. De là une perte considérable de sang et un affaiblissement excessif

(1) Bouisson, tribut à la chirurgie, tom. 1, p. 101.

qui l'empêche de se livrer à ses occupations ordinaires. Il est fortement constitué, n'a jamais eu de maladie sérieuse et présente seulement une décoloration de la face due aux hémorrhagies répétées des jours derniers. M. Verneuil, écarte l'idée d'une épistaxis spontanée vu l'âge du malade; l'absence de mouvement fébrile écarte suffisamment l'idée d'une fièvre typhoïde; l'examen ne revèle d'ailleurs, ni scorbut, ni purpura, ni polype du côté des fosses nasales; mais la périodicité régulière de l'écoulement sanguin fait soupçonner une fièvre intermittente larvée hémorrhagique. Interrogé dans ce sens, le malade raconte qu'un mois auparavant il a travaillé rue Turbigo à des démolitions d'où s'exhalaient des odeurs infectes, que depuis trois semaines, il a éprouvé des malaises ; que le matin surtout à son lever, il ressent de la pesanteur de tête, mais il n'a observé ni frisson, ni sueurs. Le sulfate de quinine est prescrit à la dose de 1 gr., par jour et des instructions sont données pour que le tamponnement soit fait si l'hémorrhagie récidive.

Le jour même de son entrée à l'hôpital, 9e de sa maladie, le malade qui avait eu une épistaxis le matin en a une seconde à 4 heures du soir, de telle façon que l'hémorrhagie quotidienne jusque-là, prenait le type double quotidien. Le lendemain le sulfate de quinine faisait déjà sentir son action salutaire, une seule épistaxis avait lieu et le surlendemain l'hémorrhagie ne reparaissait pas.

Mais aux heures des hémorrhagies antérieures, ce même jour et les jours suivants le malade éprouvait de la pesanteur de tête et on constatait en outre la persistance d'un état saburral des premières voies. Un éméto-cathartique compléta la guérison qui fut définitive le 6e jour de l'entrée du malade à l'hôpital, 14e du début de la maladie.

Les faits de ce genre ne sont pas rares : Rayer en cite d'analogues dans son traité des maladies des reins (1) : « M. Elliotson a vu chez une personne qui avait eu antérieurement une fièvre d'accès, une hématurie intermittente guérie par le sulfate de quinine. Le sang était *toujours rendu dans la période de froid*. Un cas analogue est rapporté par le docteur Gergéres (*Gazette médicale*, Paris, 1838, p. 151) : un jeune homme, capitaine de navire, jouissant habituellement d'une bonne santé, est pris d'accès de fièvre, s'accompa-

(1) Rayer. Maladies des reins, tom. III, p. 370.

gnant d'hématurie et revenant tous les jours à la même heure pendant trois jours; le sulfate de quinine fait disparaître les accidents. Antérieurement Stewart (*Recueil périodique de Sédillot* t. III, p. 144), avait publié l'observation d'une hématurie périodique traitée sans succès depuis huit mois par la diète et le régime antiphlogistique, et qui guérit dans l'espace de trois mois par le quinquina et les toniques.»

Bouchard (1) rappelle aussi certaines observations d'hémorrhagies périodiques : celle de Dufour de Saint-Sever (*Ann. gén. de méd.*, t. XIII, § 2, page 514), se rapportant à une épistaxis suppléée le surlendemain par une gastrorrhagie, et celle de Bottex de Lyon (*Gaz. méd.*, 1831, p. 267), relative également à une épistaxis intermittente guérie par le sulfate de quinine dès le quatrième accès.

Mais, si pour les hémorrhagies spontanées, l'influence de l'impaludisme est généralement reconnue, il n'en est plus de même pour les hémorrhagies secondaires : celles qui survenant à la suite d'un traumatisme, doivent seules nous occuper ici. La première observation de ce genre que j'aie trouvée dans les auteurs, est encore due à Delpech (2), la voici en résumé :

Observation VII.

En mai 1818, nous avions pratiqué l'opération de la taille sous-pubienne à un magistrat âgé de 72 ans, doué d'une constitution fort débile, et que de longues souffrances avaient jeté dans une faiblesse et un amaigrissement extrême. Le 8e jour de l'opération tout allait bien lorsqu'à midi on vint nous prévenir que le malade perdait du sang ; l'hémorrhagie avait cessé à notre arrivée. Le 9e jour à la même heure nouvelle hémorrhagie ; elle avait été plus abondante, le malade avait perdu environ trois onces de sang venant de la même source et ayant déjà cessé de couler. Cet événement nous donna d'autant plus à penser que nous trouvâmes au malade les membres un peu

(1) Bouchard. Pathogénie des hémorrhagies, th., d'agrég. Paris 1869, pag 89.

(2) Delpech. Mémorial des hôpitaux du Midi, t. I, p. 326.

froids et le pouls serré et fréquent ; plus tard, même il eut un peu de réaction : *des fièvres intermittentes régnaient en ce moment.* Le 10ᵉ jour à midi l'hémorrhagie se renouvela spontanément et malgré le plus parfait repos : elle provenait évidemment d'un suintement abondant de toute la surface de la plaie. Mais cette fois l'hémorrhagie fut précédée d'un frisson marqué, et la quantité de sang perdu fut énorme. Le malade courut de grands dangers car rien ne put réprimer l'hémorrhagie, qui s'arrêta d'elle-même, comme les deux jours précédents, mais en laissant le malade dans une prostration extrême.

Il n'en fallait pas tant pour reconnaître une fièvre intermittente pernicieuse hémorrhagique et presque entièrement larvée : aussi, dès la cessation de l'hémorrhagie nous commençâmes l'usage intérieur de la résine de quina, dont le malade prit deux gros en quatre fois de quatre en quatre heures. Le 11ᵉ jour à midi nouvelle hémorrhagie, mais de quelques gouttes seulement et accompagnée d'un peu de chaleur et de fréquence dans le pouls. A deux heures la potion fébrifuge fut reprise : elle ne contenait qu'un gros de résine ; elle fut aussi bien supportée que la veille ; le malade n'eut ni soif ni dévoiement. Le 12ᵉ jour l'hémorrhagie ne reparaît pas, mais la plaie est un peu douloureuse et injectée. Continuation de la potion avec un gros. Les deux jours suivants, le malade consomme un scrupule seulement. L'appétit reparaît, la plaie se resserre ; elle est entièrement guérie le 20ᵉ jour.

Voilà certes un cas où il serait difficile d'attribuer l'hémorrhagie à une autre cause qu'à l'impaludisme. Elle se montre d'abord seule, puis précédée de frissons et de chaleur, c'est-à-dire, pendant un accès complet de fièvre intermittente : elle revient tous les jours à la même heure et s'arrête spontanément ; nous ne voyons pas trop en quoi elle diffère de l'hémorrhagie spontanée de notre observation VI et des autres exemples cités par Rayer et Bouchard. Ici, comme là, elle n'est qu'un épiphénomène de l'accès de fièvre, et elle cède au spécifique : seulement, dans un cas, l'impaludisme s'est manifesté spontanément, dans l'autre il a été réveillé par l'opération. Les réflexions que cette observation inspirait à Delpech sont bien remarquables : « Tout le monde, dit-il, devine la conséquence à laquelle Morton, Verloff, Torti seraient arrivés en analysant un fait semblable ! Changerons-nous de logique ? Dans l'école du jour on di-

rait : « C'est une inflammation intermittente; la preuve en est dans l'injection de l'appareil capillaire de la plaie qui fournissait le sang. » Nous demanderons ce qu'il aurait fallu faire d'après les principes de l'école ? Des sangsues auraient dû être appliquées afin de dégorger les vaisseaux du point enflammé. Or ce point était donc la plaie ? Nous pouvons affirmer, après l'avoir bien examinée, qu'il n'y a pas eu le moindre signe d'inflammation, mais si elle avait existé, qu'auraient pu faire les sangsues que l'hémorrhagie n'ait fait même avec profusion ? Cependant un médecin de bonne foi peut-il voir le détail d'un semblable fait et ne pas sentir l'indication urgente du fébrifuge? Quelqu'un peut-il douter que le malade n'eût succombé le onzième jour, si le quina eût été négligé. Pourquoi donc l'hémorrhagie ne l'aurait-elle pas guéri ? Ce fait nous paraît des plus démonstratifs. » L'observation de Delpech ne devait cependant pas convaincre tout le monde, et cela se comprend facilement, quand on pense qu'elle était isolée dans la science, et que de pareils faits se rencontraient bien rarement. Aussi encore, en 1842, Chrestien, après avoir dit qu'il n'était pas rare de voir la fièvre compliquer les plaies, ajoutait : « Les cas d'hémorragie traumatique où l'intermittence est intervenue, sont bien moins nombreux. Aussi a-t-on entendu le professeur Lallemand révoquer en doute, dans plusieurs conférences cliniques et dans plusieurs actes, le fait d'hémorrhagie intermittente survenue à la suite d'une opération de taille et combattue avec succès par Delpech, à l'aide du quina. Il nous paraît donc à propos de rappeler le fait suivant (1). »

Observation viii.

Ayant eu beaucoup de peine à arrêter l'hémorrhagie artérielle survenue chez une dame dans le vagin de laquelle nous avions excisé un polype le

(1) Chrestein, *loc. cit.*, page 67.

25 décembre 1837, nous nous flattions d'une prompte guérison, lorsque le 28 à 5 heures du soir, notre opérée eut un évanouissement à la réception d'une lettre de son mari absent. Le 29 à la même heure survient une hémorrhagie artérielle assez abondante pour nous déterminer à rappeler le professeur Dubreuil dont nous avions réclamé l'assistance lors de notre premier embarras. Ce professeur renouvela lui-même le tamponnement, au dérangement duquel il attribua la nouvelle hémorrhagie, mais le 30 toujours à 5 heures du soir, l'écoulement de sang reparut. Cette triple récidive nous fit proposer à l'honorable consultant l'emploi du quina,et avec son consentement nous prescrivîmes 1 gr., de sulfate de quinine et 30 centigr., d'extrait d'opium de Lalouette pour 10 pilules qui furent administrées à distance de trois heures l'une de l'autre. Le 31 l'hémorrhagie ne reparut pas, mais le pouls était à 5 heures du soir bien plus élevé et plus fréquent que dans le cours de la journée. Ce symptôme d'intermittence auquel se joignirent une foule d'accidents nouveaux se continuant encore quelques jours, le sulfate de quinine fut continué jusqu'au 5 janvier à dose décroissante.

Un peu plus tard, Mondoni publiait une observation non moins concluante d'hémorrhagie intermittente, développée à la suite d'un traumatisme léger : La voici telle qu'elle est rapportée dans la thèse de Cauchois (2).

Observation IX.

Mondoni (*Raccoglitore medico* 1849)

Cesare Medini, homme d'âge moyen, se fit arracher la troisième dent molaire de la mâchoire inférieure. Il en résulte immédiatement une hémorrhagie très-abondante arrêtée avec le baume de Gherli. Tout se passa bien jusqu'au cinquième jour.

Alors, sans cause mécanique ni symptômes précurseurs, il survint une hémorrhagie copieuse qui résista à tous les astringents et s'arrêta ensuite spontanément. Le lendemain matin, nouveau saignement pour lequel on appelle le docteur Mondoni. Il prodigua soit à l'intérieur,soit comme topiques, les hémostatiques les plus vantés. Aucune sueur. Le sang, qui était de couleur artérielle, s'arrête peu à peu vers les premières heures de la nuit. Les trois jours suivants se passèrent à peu près de même.

Il coulait presque continuellement un peu de sang, mais le malade remarqua que sur les deux heures du matin, le saignement devenait tout à coup

(1) Cauchois. Des hémorrhagies secondaires, th.. Paris 1873, page 126.

plus considérable, puis il prenait les caractères d'une perte continue, mais modérée, que les hémostatiques, le tamponnement suffisaient à réprimer pour un instant. Le pouls se déprimait, la chaleur manquait aux extrémités, les caractères de l'anémie se prononçaient ; néanmoins, M. Mondoni prenant en considération l'influence paludéenne qui dominait alors dans le pays, administra 1 gr. 20 de sulfate de quinine uni à de la poudre de seigle ergoté et à l'extrait de ratanhia. Cette médication fut exécutée pendant les heures où le sang coulait à peine.

Dès le le lendemain l'hémorrhagie ne se reproduisait plus.

Pendant six jours consécutifs il en fut de même ; mais au bout de ce temps, et toujours sans phénomènes précurseurs, il survint vers le soir quelques crachats sanglants qui sortirent plus copieux à 2 heures de la nuit. pour cesser ensuite, avec la même marche que les hémorrhagies des jours précédents. Docile à cet avertissement opportun, M. Mondoni reprit quelques jours encore le sulfate de quinine, et l'hémorrhagie fut définitivement supprimée.

Si on ajoute à ces observations un autre fait d'hémorrhagie intermittente à la suite de l'extirpation de la langue pour un cancer de cet organe par Delpech, fait cité par Daniel (1), et un cas d'hémorrhagie à retours périodiques après une opération de taille faite par Méjean (2), je crois qu'on aura le tableau à peu près complet des observations d'hémorrhagies périodiques publiées avant le mémoire de Bouisson. On voit que cette histoire n'était pas bien avancée avant 1858, et il est certain que si les observations d'hémorrhagies intermittentes d'origine palustre sont rares aujourd'hui que ces faits sont signalés à l'attention des chirurgiens, elles devaient l'être bien davantage avant que le professeur de Montpellier ne leur donnât, en quelque sorte, droit de cité dans la science.

On trouve dans le mémoire de Bouisson cinq observations parfaitement concluantes ; les hémorrhagies se sont montrées après les opérations les plus diverses : amputation du

(1) Daniel. Essai sur les hémorrhagies, th. de Montpellier 1832, page 20.
(2) Bouisson. Tribut à la chirurgie, page 107.

premier métatarsien, amputation de jambe, amputation de cuisse, opération de sarcocèle, ablation de tumeur. Bouisson cite encore une hémorrhagie de ce genre, survenue après l'avulsion d'une dent. Ces hémorrhagies se sont produites, tantôt avec accompagnement de fièvre (Obs. I, II, III), tantôt sans fièvre (Obs. IV, V). Le type a été tantôt quotidien (Obs. I, II), tantôt tierce (Obs. III, V). Nous ne les rappellerons pas ici, Deriaud les ayant déjà reproduites dans sa thèse; mais comme les observations de ce genre sont assez rares, nous allons rapporter toutes celles qui ont été publiées depuis.

Duboué, de Pau (1), n'en rapporte qu'une :

OBSERVATION X.

Au mois de septembre 1864, j'observe chez une femme que je venais d'opérer d'une fistule vésico-vaginale, une hémorrhagie interne intermittente survenue le quatrième jour après l'opération, revenant à jour passé, et je ne reconnais la véritable nature qu'après le cinquième accès, tant je suis loin de me douter de la vraie cause de ces hémorrhagies. Mon erreur n'a tenu cette fois qu'à ce que je ne constatais aucun indice de la plus petite réaction fébrile, et j'ai laissé marcher les accidents durant une semaine toute entière, sans me douter de la nature palustre de ces hémorrhagies, j'ai même compromis, et par le fait détruit d'avance tout le fruit de mon opération, en enlevant prématurément les fils métalliques auxquels j'attribuais cet écoulement sanguin, ne songeant même pas à en chercher l'intermittence. Or, l'hémorrhagie s'arrête dès qu'un traitement approprié est institué, et je n'oserais pas affirmer que cette femme ne fût pas morte si je ne m'étais pas trouvé à même d'étudier les formes si variées et souvent si bizarres que peut revêtir l'intoxication palustre.

Les deux observations suivantes se trouvent dans la thèse de Leconte (2) :

(1) Duboué de Pau, *loc. cit.* page 119.

(2) Leconte, thèse de Montpellier 1867, page 39.

Observation XI.

Anémie profonde. Fièvre intermittente. Exsudation sanguine périodique à la surface d'un ulcère.

Louis Durand, transporté, repris de justice, six ans de colonie. Vaste ulcère occupant toute la partie externe du pied droit, suite de piqûre de chique mal soignée. Cet ulcère date de 3 mois, et après des alternatives de cicatrisation et d'ulcération, occupe actuellement toute la face externe et supérieure du pied droit. Aspect louche et grisâtre. — Sanie-putride, bourgeons fongueux. Sous l'influence de ce vent marécageux que je relate à propos des épidémies de rémittence bilieuse. Durand est pris de fièvre intermittente, avec embarras bilieux. A la suite du premier accès les bourgeons deviennent rouges, turgescents, mais il n'y a pas d'hémorrhagie.

Le deuxième accès a lieu le lendemain, et Durand se fait enlever le pansement dès qu'il le voit taché de sang. Pendant l'accès une hémorrhagie en nappe s'était déclarée et fournissait assez de sang pour teindre en très-peu de temps le linge à pansement. On cautérise l'ulcère avec le perchlorure de fer.

Mêmes accidents le lendemain, et toujours au moment de l'accès. Enfin, l'hémorrhagie se continue pendant cinq jours, époque à laquelle, sous l'influence du sulfate de quinine et de reconstituants, on finit par débarrasser le malade de sa fièvre et de son hémorrhagie.

Observation XII.

Ulcère phagédénique. Exsudation sanguins périodique.

A la même époque, et sous les mêmes influences atmosphériques, nous vîmes à l'hôpital de la Montagne, un ulcère phagédénique de la jambe droite, prendre chez le transporté Gobin, infirmier à l'hôpital, des proportions énormes. Toute la jambe ne forme qu'un vaste ulcère, dénudant les os, les attaquant plus tard et ne laissant d'autre ressource qu'une amputation de la cuisse. Cet homme, sous l'influence du vent des palétuviers, fut pris de fièvre tierce, et chaque jour, au moment de la période de sueur arrivait chez lui, comme chez le premier transporté, une exsudation sanguine, un écoulement en nappe qui se répéta dix jours, c'est-à-dire cinq fois du 8 au 20 janvier 1863, et qui ne disparut que lorsque disparurent les accès.

Des trois observations d'hémorrhagies périodiques publiées par Deriaud, la première seule se rapporte à notre sujet, l'impaludisme n'ayant pas été constaté pour les deux

autres. Il s'agit d'un amputé de cuisse pour un ostéosarcome, chez lequel M. Verneuil a observé des douleurs et des pertes sanguines intermittentes. Les antécédents du malade ont montré qu'il pouvait y avoir chez lui de l'intoxication tellurique, et le sulfate de quinine a eu facilement raison de la névralgie comme de l'hémorrhagie. Enfin, récemment, Valette, de Lyon (1), dans une clinique sur les hémorrhagies intermittentes des opérés, rapportait une observation que nous résumons comme il suit :

Observation XIII.

Claude V..., âgé de 26 ans, est entré à l'hôpital pour une tumeur blanche suppurée du genou gauche avec luxation presque complète du tibia, en dehors et en arrière. Le mal a débuté il y a quatre ans et a passé par des phases bien diverses ; enfin, après de nombreuses péripéties, ce malade a été obligé de faire le sacrifice de son membre. Il est amaigri, sa constitution semble profondément altérée ; toutefois, l'exploration attentive de la poitrine et du ventre ne révèle l'existence d'aucune lésion des organes renfermés dans ces cavités. V..., habite une localité de la Bresse, où les fièvres paludéennes sont assez fréquentes.

J'ai pratiqué l'amputation de la cuisse le 30 avril 1862, par le procédé à lambeaux antérieur et postérieur. Jusqu'au cinquième jour, je n'ai rien noté de particulier. Dans la soirée le malade a éprouvé dans le moignon comme une sensation d'écoulement et celui ci a été agité de quelques mouvements saccadés. Il est inquiet, tourmenté. La plaie ne présente rien d'anormal. Le 6 mai au soir, le malade éprouve les mêmes sensations que la veille. Pouls à 115. Le 7, vers les 4 heures du soir, une hémorrhagie légère se déclare. On l'arrête facilement avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Paliari. Le 8, dans la soirée, le malade est agité de nouveau; il accuse dans le moignon les sensations qu'il nous a signalées les jours précédents, et enfin une hémorrhagie assez forte se présente. La compression de l'artère suspend l'écoulement. Ce n'est qu'à ce moment que j'ai songé à une hémorrhagie intermittente, ce qui acheva de m'éclairer, c'est la circonstance dont le malade ne m'avait point parlé jusque-là, qu'il avait eu la fièvre intermittente, et qu'il venait d'une localité où cette affection est commune. Je me hâte de faire prendre 75 centigr. de sulfate de quinine.

(1) Valette. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon : Paris 1875, page 109.

Le 9 mai, l'état du malade est relativement satisfaisant. Celui-ci accuse un peu de céphalalgie, des bourdonnements dans les oreilles et quelques douleurs le long de la colonne vertébrale. Le pouls est à 100. Je fais prendre une nouvelle dose de sulfate de quinine.

A 4 heures du soir le moignon devient plus douloureux. Le malade éprouve cette sensation particulière de tension et d'écoulement. Une légère hémorrhagie se manifeste. Le pouls est 120. La compression de l'artère fémurale, faite pendant une demi-heure, suffit pour arrêter tout écoulement sanguin. Le 10 au matin, 60 centigr. de sulfate de quinine. Vers le soir, les mêmes phénomènes généraux reparaissent ; la plaie est encore complétement à nu, et j'observe ce qui va se passer de ce côté. Il y a, non pas une véritable hémorrhagie, mais un léger suintement sanguin. 11 mai. — Le sulfate de quinine est continué. Dans la soirée, je n'ai eu à noter que les terreurs du malade qui attendait l'hémorrhagie. Celle-ci ne paraît pas.

Nous ajouterons à ces observations celle d'un chirurgien-major anglais, J. H. Porter. Elle a été discutée à la Société royale de médecine et de chirurgie. Nous en devons la traduction à l'obligeance de notre ami le Dr Dehenne :

Observation xiv.

D'une hémorrhagie intermittente due selon toute apparence à l'impaludisme. (British med. journal 26 février 1876, p. 257), par J. H. Porter.

Le malade était un jeune soldat qui fut atteint d'une forme grave de fièvre intermittente, pendant son séjour dans les Indes, en 1873. Il eut ensuite une maladie de l'articulation du genou gauche, qui nécessita l'amputation. Celle-ci fut faite le 8 juillet 1875.

Une hémorrhagie en nappe, se montra le 17 juillet, neuf jours après l'opération. Avant l'hémorrhagie il y eu un stade de froid et un stade de chaleur qui ressemblaient à l'accès de fièvre intermittente. On jugea nécessaire de mettre le moignon à découvert et d'y appliquer des styptiques ; l'hémorrhagie s'arrêta, mais elle reparut le 20, le 21 et le 23. chaque fois aussi on découvrit le moignon et on y appliqua des styptiques. Le 23 on donna trois fois par jour 20 centigr. de sulfate de quinine.. L'hémorrhagie ne reparut plus, et le malade guérit parfaitement.

Si aux huit observations que nous avons rassemblées on ajoute celles de Bouisson et celle de Verneuil, on obtient un

total qui n'est assurément pas bien considérable, mais qui permet déjà de tracer d'une façon suffisamment exacte l'histoire des hémorrhagies périodiques de nature palustre.

Dans tous ces cas, l'étiologie est la même : intoxication actuelle ou intoxication ancienne, voilà pour les causes prédisposantes; solution de continuité réalisée par une blessure ou par une opération, voilà la cause occasionnelle ; — mais examinons rapidement la pathogénie de ces hémorrhagies. Nos observations établissent que le plus souvent l'hémorrhagie est précédée ou accompagnée d'un accès complet de fièvre. Or : « L'état fébrile simple peut être une cause d'hémorrhagie par trouble de l'innervation; c'est surtout dans la période initiale de la fièvre, quand le frisson contracte tous les vaisseaux de la périphérie que l'effort accru du sang artériel peut rompre les vaisseaux dilatés des viscères. C'est alors ou plus tard, par le simple relâchement fébrile des vaisseaux, qu'on peut voir se produire ces hémorrhagies diverses (1). »

Dans tous les cas où l'hémorrhagie périodique s'est accompagnée de fièvre, l'explication est donc toute trouvée : c'est dans le trouble vaso-moteur et dans les variations de pression sanguine qui en sont la conséquence qu'il faut voir la condition pathogénique de l'hémorrhagie.

Dans la période de frisson, alors que les vaisseaux de la périphérie sont contractés, c'est du côté des viscères qu'il y a danger d'hémorrhagie; nous avons signalé dans l'observation précédemment citée d'Elliotson, se rapportant à une *hématurie* intermittente, ces mots qui viennent à l'appui de ce que nous disons : *Le sang est toujours rendu à la période de froid*. C'est à cette période que se font ces congestions redoutables du cerveau, des poumons, qui constituent les variétés de fièvres pernicieuses si fréquentes dans

(1) Bouchard, *loc. cit.* page 88.

dans les pays à malaria. On comprend que la congestion ou l'hémorrhagie se fassent alors du côté de l'organe le plus faible ; ainsi s'expliqueraient ces paroles de Guido Bacelli : « L'individu fait de la périodicité un fait complexe ; car sans parler de sa résistance qui est une défense contre l'influx pernicieux, ses prédispositions, pour état actuel, les restes de ces maladies passées peuvent de cent manières différentes donner lieu à un symptôme, à une forme morbide qui quoique engendrée par le caractère spécial de l'individu, ne se seraient point révélées sans l'influence spéciale de la malaria. »

Au contraire, dans les périodes de chaleur et de sueur, c'est du côté de la périphérie qu'est le péril : qu'un traumatisme, qu'une opération, qu'un ulcère ayant réalisé un *locus minoris resistentiæ* : et c'est en ce point que se fera la congestion ou l'hémorrhagie.

Mais dans les cas où l hémorrhagie périodique n'a pas coexisté avec un accès fébrile, cette explication ne suffit plus : Faut-il admettre avec Bouisson qu'il s'agit dans ces cas d'une manifestation spéciale insolite, d'une fièvre larvée et que le « froid, la chaleur pouvant manquer isolément, la sueur peut être remplacée par une autre secrétion critique ?» Il ne nous répugne nullement d'admettre cette interprétation ; mais ce qui importe, c'est que le fait existe, et que l'hémorrhagie intermittente cède aussi bien au sulfate de quinine quand elle est accompagnée d'accès fébriles que quand ces accès font défaut.

Quelle part faut-il faire à l'altération de sang constante chez les paludiques, dans la pathogénie de ces hémorrhagies? Il est certain que c'est là une condition *adjuvante*; mais il est douteux que l'altération du sang puisse expliquer l hémorrhagie à elle seule, surtout quand le malade n'est pas cachectique. Quand il s'agit d'une solution de continuité, la cause prédisposante capitale, c'est la fragilité des

vaisseaux nouvellement formés dans le tissu de granulation de la plaie. « A cette surface, dit Bouisson, viennent aboutir des vaisseaux plus ou moins nombreux ; la douleur, les excitations qui s'y rapportent, la turgecence locale déjà déterminée par l'inflammation, tout se réunit pour faire de cette surface un lieu de fluxion et d'exhalation ; il n'est donc pas étonnant que le déclin de l'accès soit marqué par un molimen hémorrhagique vers la plaie et qu'un écoulement sanguin plus ou moins abondant s'opère par cette voie. »

Nous venons de montrer que l'impaludisme peut être une cause puissante d'hémorrhagie secondaire après les opérations : nous aurions pu montrer qu'il peut produire aussi de simples *congestions* pouvant aller jusqu'à l'*inflammation*. Ainsi l'observation IX du mémoire de Coccud nous présente chez un homme ayant une uréthrite, des accès de fièvre accompagnés de gonflement du testicule : L'observation X se rapporte de même à un amputé de cuisse qui avait des accès de fièvre s'accompagnant de symptômes inflammatoires du moignon : mais ces faits, qui sont aussi rationnels que ceux d'accès avec congestion cérébrale, pulmonaire, etc., nous ont paru moins importants et surtout plus rares.

DES ACCIDENTS NERVEUX DE CAUSE PALUSTRE QUI COMPLIQUENT LE TRAUMATISME.

Le système circulatoire n'a pas seul le privilége des accidents palustres qui compliquent les lésions chirurgicales, ceux-ci se traduisent aussi par des désordres du côté du système nerveux. Passons rapidement en revue les deux principaux, savoir : les névralgies et le tétanos.

I. Névralgies.

Nous serons bref sur les névralgies traumatiques qu'on

rencontre chez les paludiques, leur étude nous paraissant moins intéressante que celle des autres accidents : 1° Parce que presque toutes les névralgies traumatiques affectent le type intermittent, qu'elles soient de nature palustre ou non; 2° parce qu'elles cèdent au sulfate de quinine aussi bien dans un cas que dans l'autre, et que le diagnostic différentiel devient dès lors peu important au point de vue pratique.

Ce que nous voulons établir seulement, c'est que cet accident n'est pas rare chez les paludiques, et que, dans ce cas surtout, la médication spécifique ne doit pas être négligée. Or, tout le monde connait les névralgies variées par lesquelles peut se traduire une *fièvre larvée;* que le paludisme donne souvent lieu à des névralgies intermittentes, c'est ce que personne ne conteste. Est-il plus étonnant de le voir produire la même manifestation sous l'influence d'un traumatisme ? Assurément non; et, du reste, ce ne sont pas les faits qui manquent pour le prouver. Coccud cite un cas de fracture de jambe (Obs. XII) où se sont montrés des accès de douleur dans le point fracturé cédant à la quinine, et un cas d'épididymite traumatique (Obs. XIII) compliqué d'accès de douleurs testiculaires, guéries également par la quinine. Duboué, de Pau, rapporte un cas de douleur intermittente accompagnant des accès fébriles développés chez un opéré de la cataracte. M. le professeur Verneuil (1) a publié également deux observations de névralgie traumatique secondaire chez des paludiques. La première (Obs. XVI) nous est déjà connue, nous l'avons rappelée à propos des hémorrhagies, le malade qui en est le sujet ayant eu en même temps cette double complication. La deuxième (Obs. XX) est celle d'une femme qui habitait un pays à fièvre, et avait eu au-

(1) Verneuil. Des névralgies traumatiques secondaires précoces, page 18.

trefois une névralgie de la face. A la suite de l'opération de l'amputation du sein, elle fut prise de douleurs périodiques de la plaie, qui ne cédèrent qu'au sulfate de quinine. Weir Mitchell (1) dit avoir vu la névralgie aiguë des moignons apparaître pendant un accès de fièvre intermittente, et signale un fait sur lequel on n'a pas encore appelé l'attention. « Il est bien singulier, dit-il page 231, que les névralgies nettement intermittentes, n'affectent jamais le type tertiaire ni aucun autre type que le quotidien. Les autres formes ne se manifestent que dans les névralgies paludéennes. »

Quoi qu'il en soit, la manifestation névralgique de l'intoxication tellurique est un fait tellement évident, que nous nous dispensons de multiplier les exemples,

II. Tétanos.

Pour le tétanos, l'influence de l'impaludisme est loin d'être aussi évidente : elle n'en est cependant pas moins réelle. Commençons par établir que l'impaludisme peut être cause de tétanos en dehors de toute lésion traumatique :

Dans un travail publié en 1864, Coural (2) rapporte trois cas de tétanos intermittents de nature paludéenne (cas de Storck, de Gendron (de Vendôme), de Piorry), et il y ajoute une quatrième observatiou recueillie à l'hôpital Saint-Eloi, dans le service de M. Dupré. De ces faits, il conclut : « Il existe un tétanos intermittent de nature paludéenne, véritable fièvre larvée curable par le sulfate de quinine. »

Sanquer (3) rapporte quelques cas de tétanos survenus chez des fiévreux, et montre qu'à Cayenne il est le plus fréquent au moment où « le sol surchauffé exhale ses émanations morbides. » D'après le même auteur, Reiss et plusieurs

(1) S. Weir Mitchell. Des lésions des nerfs et de leurs conséquences. Traduction française 1874, p. 395.

(2) Courel. Montpellier Médical, 1864.

(3) Sauquer, thèse de Paris 1869, pages 18 et 22.

autres médecins brésiliens sont persuadés que le paludisme est une cause efficiente de tétanos.

Odevaine (1) rapporte, dans l'*Indian medical Gazette*, plusieurs cas de tétanos consécutifs à des injections hypodermiques de sulfate de quinine. Il conclut que la quinine a une action spéciale sur les nerfs, ou bien que la cachexie paludéenne prédispose au tétanos.

Labbée, dans une *Revue des archives générales de Médecine*, 1873, insiste sur la fréquence du tétanos dans les pays malsains où la fièvre intermittente est endémique et grave, exemple à Cayenne et aux Indes.

Faut-il admettre, avec Sanquer, que le sang, altéré par les effluves paludéennes, détermine l'excitabilité du bulbe? La pathogénie du tétanos est encore tellement obscure, qu'il est bien difficile de se prononcer. Mais ce qui paraît certain, et ce qui se comprend bien, du reste, c'est que le traumatisme favorise singulièrement le développement du tétanos chez les paludiques. « Tout tétanos se déclarant chez les blessés, écrivait Chrestien, n'a pas le droit d'être appelé traumatique. Le tétanos peut survenir chez un blessé, sous l'influence des mêmes causes qui le déterminent chez les sujets vierges de toute blessure, ainsi que le prouve le fait suivant :

Observation XV.

Chrestien, (*thèse de concours d'agrégation*, *Montpellier* 1842, *p.* 61.)

Le 28 février 1828 nous fûmes appelé auprès d'un menuisier âgé de 30 ans environ, qui s'était enfoncé l'avant-veille une pointe de Paris dans la plante du pied, mais qui, ne tenant aucun compte de cette circonstance ne nous la raconta que beaucoup plus tard. Nous n'étions prié de le voir que pour les suites d'une indigestion éprouvée le 26. Ce soir là en effet, après son souper, il avait ressenti un froid intense accompagné d'une vive chaleur et par suite, trouble de la digestion, vomissement, selle, délire jusqu'au 27 matin.

(1) Gaz., hebd. 1872, p. 479,

Le soir de ce même jour à la même heure que la veille, réapparition du froid et du chaud ; mais la diète ayant été observée, l'état morbide fut moins compliqué. Nous ne pûmes à ce récit méconnaître la fièvre intermittente occasionnée par de l'humidité que le malade nous dit avoir éprouvée quelques jours auparavant à la chasse, de nuit et dans les marais. Nous fîmes prendre de 10 h., du matin à 6 h., du soir, 0,60 de sulfate de quinine en 4 pilules : le froid manqua et le chaud fut moins intense. Le 1er mars 10 grains de sulfate de quinine furent administrés comme la veille. Il ne survint ni froid, ni chaud, mais le délire reparut et une raideur dans les muscles du cou que nous avions déjà remarquée nous frappa de plus en plus. Le 2 nous parvînmes à découvrir la blessure dont nous avons parlé à la plante du pied, mais les bords de la piqûre n'étant point boursouflés nous attribuâmes le tétanos à l'humidité, et non à la piqûre. En conséquence, le cas étant grave nous priâmes le prof., Caizerques de nous éclairer de ses conseils. Ce praticien distingué partagea toutes nos craintes et nous engagea même à continuer le sulfate de quinine qui avait eu déjà des résultats avantageux ; toutefois il nous conseilla d'administrer aussi du camphre pour établir une diaphorèse.

Nous associâmes donc 80 centigr. de camphre à 40 centigr. de sulfate de quinine dont il fut fait 4 pilules pour être prises de 2 h. en 2 h. Le délire était beaucoup moindre le soir ; le malade accusait de vives douleurs à la nuque, aux articulations des coudes-pieds, et au sacrum.

Le 3 le délire reparut, et nous fîmes appliquer 20 sangsues à l'épigastre en continuant l'emploi des pilules : le pouls devint meilleur, le malade dormit à plusieurs reprises, mais la rigidité de la nuque était la même.

Le 4 nouvelle application de sangsues et continuation du sulfate de quinine.

Il y eut loin du début le 5, mais la vue qui la veille était obscurcie fut pleinement recouvrée et le malade nous rendit compte de son état qui s'améliora de jour en jour. Le 20 la guérison était parfaite.

Deriaud relate aussi dans sa thèse un cas de tétanos intermittent emprunté à M. A. Armand. Voici une observation qui nous paraît rentrer dans cet ordre de faits :

Observation xvi.

Convulsions tétaniformes compliquant une lymphangite.

(Communiquée par M. Verneuil à la Société de chirurgie. Bulletin de 74, p. 264.)

François C.., 37 ans, infirmier à l'hôpital de la Pitié, entre le 13 février

1874, Salle Saint Paul 46. Cet homme d'une bonne constitution, grand, brun, robuste et sobre, a servi autrefois comme soldat à la Martinique, il y fut affecté pendant 18 mois de fièvre intermittente et de dyssenterie. A plusieurs reprises, au moment du frisson initial des accès, il fut pris de crampes douloureuses dans les membres inférieurs et de contracture portant tantôt sur les muscles du tronc, tantôt sur ceux de la mâchoire.

Les fièvres cessèrent à 30 ans. Cependant il y a quatre ans environ il fut pris d'un dernier accès, non plus de fièvre, mais de contraction sans que le malade se rappelle à quelle occasion. Depuis cette époque, il a joui d'une bonne santé et n'a point gardé de traces des affections précédemment indiquées. (Suit la description de convulsions tétaniformes développées en février 1874 à la suite d'une lymphangite occasionnée par une légère blessure du talon droit).

DE L'INFLUENCE QUE LE PALUDISME EXERCE SUR LA MARCHE DES PLAIES.

Nous avons vu jusqu'ici une série d'accidents suscités par l'intoxication palustre, chez les blessés ; la fièvre, l'hémorrhagie, la douleur, les convulsions tétaniques, peuvent être créées de toutes pièces par la maladie antérieure, dans des cas où elles ne se seraient pas développées si le terrain avait été indemne de toute atteinte miasmatique. Le paludisme peut aussi modifier la marche de certains accidents qui se seraient probablement développés en dehors de lui : c'est ainsi du moins que nous nous expliquons son influence sur un accident fréquent des grandes plaies, l'érysipèle. Il ne nous paraît pas admissible que le paludisme produise d'emblée l'érysipèle, c'est-à-dire une affection qu'on regarde généralement comme spécifique : qu'il se traduise par une inflammation simple, c'est chose admissible ; mais qu'une entité morbide perde son individualité pour lui servir de manifestation, c'est ce que nous ne saurions admettre. Le rôle du paludisme nous paraît donc borné à une modification dans la *marche* de la fièvre qui accompagne la poussée érysipilateuse : cette fièvre peut être augmentée d'inten-

sité, et prendre le type intermittent ; mais voilà tout, et sa nature reste la même. C'est du moins ce qui nous paraît ressortir des observations d'érysipèle intermittent publiées par Dériaud (obs. XVII, XVIII, XIX), où le paludisme *gouverne* simplement la complication traumatique.

Son influence nous paraît plus prépondérante. Quand elle se fait sentir sur la marche des plaies ; nous avons vu dans notre observation IV, relative à des accès de fièvres récidivés à l'occasion d'un abcès de l'aisselle, que la suppuration de cet abcès a été de mauvaise nature tant que les accès de fièvre ont duré et que la cicatrisation s'est fait longtemps attendre. Dans le dernier exemple de fièvre survenant après l'ouverture d'un abcès, cité par M. Verneuil, dans sa clinique, nous avons souligné ces mots qui rentrent dans le même cas : *A la deuxième dose la fièvre cesse et la plaie prend bon aspect.* Enfin, voici une observation publiée par M. Didiot, qui montre bien l'influence de l'impaludisme sur une plaie par coup de feu.

OBSERVATION XVII.

(*Mém. de méd. et de chir. milit.* 1865. *t. XIV. Relation de la campagne de Cochinchine*, par Didiot, p. 252).

Carrau, soldat au 3e d'infanterie de marine, atteint d'un coup de biscaïen qui a atteint la cuisse droite au tiers inférieur, de dedans en dehors, en avant de la diaphyse du fémur. Par une simple incision pratiquée à la région externe, on extrait facilement le projectile, et une exploration attentive n'ayant révélé l'existence d'aucune fracture, on fit des pansements simples à plat et des applications froides résolutives. Mais bientôt il se déclare un empâtement considérable de la cuisse au dessus du genou, qui motiva l'emploi des émollients, des sangsues et des frictions avec la pommade mercurielle belladonée. Des fusées purulentes s'étendent le long de la cuisse, et de larges contre-ouvertures sont pratiquées pour favoriser l'issue d'une abondante suppuration, qui entraîne avec elle plusieurs parcelles osseuses ou petites esquilles. Puis, peu à peu toutes ces plaies se ferment, et la plaie de sortie du projectile à la région externe se refuse seule à une cicatrisation régulière, sous l'influence de l'ostéo-périostite du fémur. Néanmoins,

malgré une légère ankylose du genou, le malade a pu se promener avec des béquilles le cinquantième jour de sa blessure, et il attendait dans cet état d'amélioration progressive son évacuation en France, lorsque trois semaines après, 11 mai, il commença à être pris de plusieurs *accès fébriles intercurrents*. Des douleurs vives se firent sentir dans la plaie externe, la suppuration devint sanieuse et fétide, et les bords de la plaie s'ulcérèrent en prenant un aspect grisâtre. Pendant quelques jours la surface de la plaie conserva cette tendance à s'agrandir, et les bords restèrent tuméfiés et douloureux. Mais, sous l'influence d'un traitement tonique et antifébrile, et des pansements avec le suc de citron frais, la poudre de quinquina et enfin plusieurs cautérisations avec le perchlorure de fer, le phagédénisme de la plaie disparut progressivement, et la cicatrisation s'opéra complètement. L'état général s'améliora également.

Après avoir rapporté cette remarquable observation, M. Didiot ajoute : « Il a été remarqué, d'ailleurs que pendant la saison pluvieuse toutes les plaies, les simples excoriations et les moindres solutions de continuité, en général, avaient une fâcheuse tendance à rester stationnaires, à s'irriter et même à s'ulcérer, quand surtout elles se présentaient chez les hommes d'une constitution affaiblie ; c'est aussi pendant la saison des pluies que les *fièvres paludéennes* ont été les plus nombreuses et qu'elles ont atteint leur plus grande gravité (1). »

Les médecins de la marine, qui, d'après le même auteur, ont le plus fréquemment à combattre dans leurs ambulances des complications de même nature, ont signalé dans plusieurs travaux la tendance qu'ont les plaies à se transformer en un ulcère sous l'influence de l'impaludisme. Aude (2) a montré que la cachexie palustre est la cause la plus puissante du phagédénisme si fréquent dans les pays chauds, et Guérin (3) dit expressément : « En Cochinchine, à la suite des fièvres de marais, de diarrhée et de dyssente-

(1) Didiot. Mém., de méd. et de chir., milit., 1862, p. 253.
(2) Aude. Essai sur le phagédénisme dans la zone tropicale, th. Paris 1866.
(3) Guérin. Essai sur l'ulcère de Cochinchine, th., Paris 1868.

rie, en un mot, lorsqu'on a subi les effets généraux de l'impaludisme, ce qui est presque inévitable, on arrive rapidement à l'anémie et à la chloroanémie. Dans de semblables conditions générales on est tout disposé à contracter l'ulcère annamite, p. 27. » Dans les sept observations qu'il cite à l'appui de cette manière de voir, Guérin montre que l'impaludisme est l'antécédent obligé de l'ulcère, et il conclut, que ce dernier « étant très-souvent dû à l'impaludisme, on peut dire de lui, au point de vue du traitement, ce qui a été dit de certaines fièvres de marais, que c'est un ulcère à quinquina, p. 53. »

Cette opinion est aussi celle de Richaud et Bassignot qui admettent que cet ulcère n'est pas essentiellement cochinchinois, mais un *ulcère paludéen* comme on peut en observer dans tous les autres pays chauds.

Il résulte de tous ces faits que le plus léger traumatisme peut, chez les cachectiques des pays à marécages, donner lieu à une ulcération et se compliquer de phagédénisme, C'est ce qui paraît confirmé, du reste, par une observation de Coulombe (1) relative à des accidents développés par la simple piqûre de la seringue de Pravaz chez un paludique atteint de fièvre pernicieuse : quatre jours après les deux bras sont douloureux et présentent de l'induration et une eschare de la grandeur d'une lentille au bras gauche (p. 14).

« Il n'est pas jusqu'à la pourriture d'hôpital qui ne puisse être provoquée par l'impaludisme : Marchal de Calvi (2) en rapporte un exemple frappant et ajoute : « Ainsi la pourriture d'hôpital peut se développer sous l'influence du miasme paludéen comme sous l'influence des produits volatils des sécrétions lorsque les hommes sont entassés. »

(1) Coulombe. Accidents locaux des injections hypodermiques, th. Paris 1872.

(2) Marchal de Calvi, th., de concours pour une chaire d'hygiène, Paris 1852, p. 146.

Ainsi, il n'est pas d'accident que l'intoxication palustre ne puisse produire dès qu'un traumatisme lui en a fourni le prétexte ; il n'est pas de déguisement qu'il ne prenne dans les complications qui sont de son ressort, pas d'évolution qu'il ne sache troubler en jetant subitement dans la balance le redoutable appoint des manifestations qui lui sont propres.

INDICATIONS ET TRAITEMENT.

Nous n'insisterons pas sur la thérapeutique qui convient à tous les accidents que nous venons de décrire; c'est le propre des bons médicaments de s'imposer toujours et pour ainsi dire d'emblée à l'esprit des praticiens dès que le diagnostic a été fait. Le quinquina a fait ses preuves et il est inutile de parler en faveur d'une vérité acquise. C'est là précisément l'intérêt puissant qui s'attache au diagnostic des divers accidents dont nous avons fait l'étude, de pouvoir trouver dans la thérapeutique un argument auquel ils ne sont jamais sourds. Le chirurgien serait d'autant plus blâmable, un accident étant donné, de ne pas remonter aux causes toutes les fois qu'il le peut; qu'il a entre les mains un moyen plus efficace. « Dissertations savantes, raisonnements ingénieux, saignées, sangsues, gomme d'Arabie et du Sénégal, vomitif, purgation: tout a été essayé, tout échoue il faut rentrer forcément dans la *barbarie onthologique* dont le quinquina est le plus fameux représentant (1). »

Un autre moyen qu'il ne faut pas négliger toutes les fois qu'on le peut, c'est l'hydrothérapie, si efficace surtout dans la période de cachexie pour relever la nutrition et résoudre les engorgements viscéraux.

Quant aux indications opératoires, il est évident que

(1) Lafount Gouzi in-Mémorial des hôp. du Midi, p. 333.

l'impaludisme ne doit pas être une cause d'abstention comme le diabète; mais on devra toujours tenir compte de l'état des viscères qui sont toujours plus ou moins atteints dans cette intoxication. En un mot, l'étude du malade indiquera la conduite à suivre, car nulle part peut-être mieux qu'ici ne se vérifie la grande vérité proclamée par Requin : « Ce n'est pas un vain jeu de mots que de dire qu'on n'a pas de *maladies* à traiter, mais des *malades* (1). »

(1) Requin, path. Méd. t. I, p. 21.

CONCLUSIONS.

I. Dans le groupe des affections constitutionnelles, justifié par l'influence qu'elles exercent sur les lésions traumatiques, l'impaludisme occupe une place importante, et doit être rangé à côté des autres intoxications telles que l'alcoolisme et la syphilis.

II. L'impaludisme complique les lésions traumatiques de diverses façons, en suscitant tous les accidents par lesquels il se manifeste spontanément : fièvre, hémorrhagies, névralgies, etc.

III. Il exerce, en outre, sur les plaies une influence réelle en gouvernant tous les accidents qui les compliquent, et en favorisant le phagédenisme, la pourriture d'hôpital, etc.

IV. Il ne contrindique pas les opérations chirurgicales; mais il devient une source d'indications qu'il ne faut jamais négliger.

V. Dans tous ces cas, il importe d'instituer un traitement approprié, et de ne pas méconnaître la véritable nature des accideuts qu'on a sous les yeux, car on ne doit pas l'oublier : *Is recte curat quem causæ origo non fallit.*

QUESTIONS.

Anatomie. — Des os du membre inférieur.

Physiologie. — Usages du nerf facial.

Physique. — Calorimétrie, chaleurs spécifiques, chaleurs latentes.

Chimie. — Combinaisons de l'azote avec l'oxygène, caractères et préparation de l'alcool azotique.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des oiseaux, comment les divise-t-on? — de l'œuf de poule, ses usages en thérapeutique et en pharmacie.

Pathologie externe. — Du mode de traitement des fractures compliquées de plaies.

Pathologie interne. — De l'ataxie locomotrice progressive.

Pathologie générale. — Des complications morbides.

Anatomie pathologique. — Des calculs biliaires.

Médecine opératoire. — Du cathétérisme des voies lacrymales.

Pharmacologie. — Quel est l'alcool que l'on doit employer en pharmacie, quels sont les principaux degrés de concentration auxquels on l'emploie, quels sont les principes qu'il dissout, comment prépare-t-on les teintures alcooliques ou alcoolés simples ou composés?

Thérapeutique. — Des voies d'élimination des médicaments.

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — Qu'est-ce qu'un antidote, à quelle époque de l'empoisonnement doit-on l'administrer?

Accouchements. — De l'ictère des femmes enceintes.

Vu : le Doyen de la Faculté,
A. VULPIAN.

Le Secrétaire de la Faculté,
A. PINET.

Vu : le Président de la Thèse,
VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.